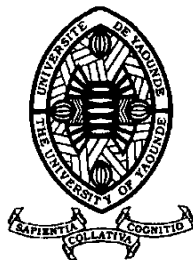


UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES
ET EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET
SOCIALES



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POST GRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
THE SOCIAL SCIENCES

**LE SERVICE DES URGENCES DANS LE SYSTEME
HOSPITALIER TCHADIEN : L'EXEMPLE DE L'HOPITAL
PROVINCIAL DE MONGO**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en Sociologie

Soutenu le 07 Septembre 2024

Spécialité : Population et Développement

Par

Moustapha SERYABE

Licence en Sociologie

Jury de soutenance :

Président : Albert NNA NTIMBAN, MC

Rapporteur : Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, MC

Membre : Ferdinand MBEN LISSOUCK, CC



SEPTEMBRE 2024

ATTENTION

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Educatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

DEDICACE

A

Mon feu père Seryabé HOUZIBE

Et

Ma mère Halimé NOSSOR DOUNGOUS

SOMMAIRE

DEDICACE	ii
SOMMAIRE	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES GRAPHIQUES ET DES PHOTOS	viii
RESUME	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCTON GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU TCHAD	25
CHAPITRE I : GENERALITES SUR LE SYSTEME DE SANTE AU TCHAD	26
CHAPITRE II : PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET SON ENVIRONNEMENT	43
DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DE L'ORGANISATION DU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO.....	62
CHAPITRE III : REPRESENTATIONS SOCIALES DES PATIENTS SUR L'ORGANISATION DU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO	63
CHAPITRE IV : ANALYSE DES DYSFONCTIONNEMENTS DU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO.....	80
CONCLUSION GENERALE.....	101
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	106
ANNEXES	114
TABLE DES MATIERES	115

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail a été possible grâce à l'appui de plusieurs personnes. D'un cœur rempli de reconnaissance, nous tenons à exprimer notre profonde gratitude au Professeur Yves Bertrand DJOUDA FEUJIO, l'encadrant de ce mémoire pour sa disponibilité, sa rigueur dans le travail et son orientation durant l'évolution de notre recherche.

Nos remerciements aux enseignants du Département de Sociologie pour les enseignements qu'ils nous ont dispensés tout au long de notre parcours ; une pensée particulière au chef de Département, Professeur Armand LEKA ESSOMBA, Professeur Christian BIOS, Professeur Albert NNA NTIMBAN, Docteur Ferdinand MBEN LISSOUCK, Docteur Patrick ESSIGUE pour leurs conseils et orientations.

Notre gratitude va aux Responsables de la Délégation Provinciale de la Santé du Guéra, aux Responsables de différents services de l'hôpital provincial de Mongo, aux personnels soignants ainsi qu'aux patients du service des urgences qui ont accepté de répondre à nos différentes préoccupations pour la réalisation de ce travail.

Notre reconnaissance envers les familles de Nossor DOUNGOUS, Yaya MALATO, Abdoulaye BAINE, Khadidja MOUSTAPHA, Souleymane Abdoulaye ADOUM et Houzibé KIRO, qui ont contribué à la réussite de cette recherche.

A mes frères et sœurs, Djibrine SERYABE, Bintou SERYABE, Nassour SERYABE, Moubarack SERYABE, Oumi-Aïmane Abdoulaye BAINE, Zenab Abdoulaye BAINE pour leur affection et encouragements à la réussite de ce travail.

A tous mes amis d'enfance et camarades de promotion, particulièrement, Saleh ADEL DJELIL HASSAN, Doungous NOSSOR DOUNGOUS, Annour Abdoulaye NOSSOR, Mahamat YOUNOUS, Mahamat ZAKARIA ALI, Souleymane HASSAN, Hapsita RAMADAN, Azaimé SALEH, Job NADJIRANE, Adrien MINALA MINYEBELE, Nelly KEDIEM A MMAN, Carole NGA MENDZANA, Aubin YAMTORA, Mahamat IBN MAHAMAT, Oumar MAHAMAT SALEH, Francis CHINDANG WASSOU, Vanessa MOTAMRA pour leur soutien incommensurable.

Merci à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réussite de ce travail.

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

- ASC** : Agent de Santé Communautaire
- ATS** : Agent Technique de Santé
- CHUME** : Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant
- CHURN** : Centre Hospitalier Universitaire de Référence Nationale
- CNRD** : Centre National des Recherches et Développement
- COGES** : Comité de Gestion
- COSAN** : Comité de Santé
- COUSP** : Centre des Opérations d'Urgence en Santé Publique
- CPPSA** : Cercle Philo-Psycho-Socio-Anthropologie
- CS** : Centre de Santé
- CSSI** : Centre International pour la Recherche en Santé
- CST** : Carte Sanitaire du Tchad
- CSU** : Couverture Sanitaire Universelle
- DPSP/G** : Délégation Provinciale de la Santé et de la Prévention du Guéra
- DS** : District Sanitaire
- DSSIS** : Direction des Statistiques et du Système de l'Information Sanitaire
- EDS-MICS** : Enquête Démographique et de Santé & Multiple Indicators Cluster Survey
(Enquête à Indicateurs Multiples)
- EDST** : Enquête Démographique et de Santé au Tchad
- ENASS** : Ecole Nationale Supérieure des Agents Socio-Sanitaires
- FALSH** : Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines
- FOSA** : Formation Sanitaire
- HD** : Hôpital de District
- HP** : Hôpital Provincial
- HPM** : Hôpital Provincial de Mongo
- IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat
- IFORD** : Institut de Formation et de Recherche Démographique

IRIC : Institut des Relations Internationales du Cameroun

MCD : Médecin Chef de District

MCH: Médecin de l'Hôpital

MSF : Médecins Sans Frontière

MSP : Ministère de la Santé Publique

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PAO : Plan d'Action Opérationnel

PCA : Paquet Complémentaire d'Activités

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PF : Planning Familial

PIB : Produit Intérieur Brut

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PND : Plan National de Développement

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNS : Politique Nationale de Santé

PPDS : Plan Provincial de Développement Sanitaire

RCS : Responsable de Centre de Santé

RHS : Ressources Humaines pour la Santé

RMA : Rapport Mensuel d'Activités

SARA : Service Availability and Readiness Assessment

SIS : Système d'Information Sanitaire

SNCSU : Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle

ZR : Zone de Responsabilité

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Récapitulatif des informateurs	22
Tableau 2 : Ressources Humaines de l'HPM	46
Tableau 3 : Nombre de Lits Installés par Service à l'HPM	47
Tableau 4: Arrêté No0179/PR/PM/MSP/SE/SG/DG/2016 du 20 avril 2016, portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique.....	89

LISTE DES GRAPHIQUES ET DES PHOTOS

Carte N°01 : Carte de la ville de Mongo	24
Carte N°02 : Carte sanitaire de la Province du Guéra	44
Graphique N°1 : Organigramme de l'HPM.....	46
Photo N°1 : Salle de soin du service des urgences de l'Hôpital Provincial de Mongo	65
Photo N°2 : Nouveau bâtiment construit au pavillon des urgences à l'Hôpital Provincial de Mongo.	71
Photo N°3 : Patient victime d'un accident de voie publique.....	85
Photo N°4 : Infirmiers en train de soigner un patient accidenté.....	93

RESUME

Ce travail de recherche porte sur : « *Le service des urgences dans le système hospitalier tchadien : l'exemple de l'hôpital provincial de Mongo* ». Au Tchad, les services publics sont faibles, leur qualité s'étant détériorée depuis 2015. Selon les données du PNDS 4, la population totale est estimée à 17 958 641 en 2022, l'espérance de vie de la population est de 64 ans, le taux brut de la mortalité est estimé à 12,2% en 2022. Le taux de couverture sanitaire théorique est de 90,09%. D'après ces mêmes résultats, 61% des formations sanitaires disposent d'une source d'eau améliorée, 78% disposent des installations sanitaires améliorées, 15% disposent d'une source d'énergie, 26% des équipements de communications et 21% d'un ordinateur/internet/email. Le taux d'utilisation des services de santé est faible. Il est de 24% et se justifie par le fait que l'offre et la demande ne s'ajuste pas. Ainsi, la question centrale de cette recherche est : Qu'est-ce qui explique les dysfonctionnements de l'organisation au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo ? L'hypothèse formulée pose que : Les dysfonctionnements de l'organisation au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo sont liés aux défaillances des politiques publiques. Sur le plan théorique, nous avons utilisé le constructivisme structuraliste de Peter BERGER et Thomas LUCKMANN et l'approche systémique de David EASTON. Pour conduire cette recherche, la méthode qualitative a été utilisée pour collecter, traiter et analyser les données. Au total, nous avons interrogé 31 enquêtés. Ce travail est organisé en 4 chapitres, repartit en deux parties et enfin une conclusion générale. Les résultats de cette étude indiquent que le service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo fait face à des nombreux défis en termes des ressources humaines spécialisées et qualifiées, à la faible capacité d'accueil des patients, au manque des produits et des médicaments d'urgence, à la faiblesse du plateau technique qui affecte considérablement la qualité des soins.

Mots clés : Système de santé, Service des urgences, Hôpital provincial de Mongo.

ABSTRACT

This research work focuses on : "The emergency department in the Chadian hospital system: the example of the provincial hospital of Mongo". In Chad, public services are weak, with their quality deteriorating since 2015. According to PNDS 4 data, the total population is estimated at 17,958,641 in 2022, the life expectancy of the population is 64 years, the crude mortality rate is estimated at 12.2% in 2022. The theoretical health coverage rate is 90.09%. According to the same results, 61% of health facilities have an improved water source, 78% have improved sanitation facilities, 15% have a power source, 26% have communications equipment and 21% have a computer/internet/email. The rate of use of health services is low. It is 24% and is justified by the fact that supply and demand do not adjust. Thus, the central question of this research is : What explains the dysfunctions of the organization in the emergency department of the provincial hospital of Mongo? The hypothesis stated that : The dysfunctions of the organization in the emergency department of the provincial hospital of Mongo are linked to the failures of public policies. On the theoretical level, we used the structuralist constructivism of Peter BERGER and Thomas LUCKMANN and the systemic approach of David EASTON. To conduct this research, the qualitative method was used to collect, process, and analyze the data. In total, we interviewed 31 respondents. This work is organized in 4 chapters, divided into two parts and finally a general conclusion. The results of this study indicate that the emergency department of the provincial hospital of Mongo faces many challenges in terms of specialized and qualified human resources, the low capacity to receive patients, the lack of emergency products and medicines, the weakness of the technical platform which considerably affects the quality of care.

Keywords: Health system, Emergency department, Mongo Provincial Hospital.

INTRODUCTON GENERALE

I - CONTEXTE DU SUJET

L'Afrique abrite un quart des malades dans le monde selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle ne fabrique qu'une part infime – moins de 2% des médicaments consommés sur le continent. Elle ne bénéficie que de 1,3% des ressources financières mondiales consacrées à la santé et dispose de seulement 3% des professionnels de santé.¹

Dans le même temps, Pierre JACQUEMOT dans son ouvrage souligne qu'en Afrique, les systèmes atteignent 49% seulement de leurs niveaux de fonctionnalité possibles appréciés sur 4 critères² :

1. L'accès aux services essentiels : en moyenne le système sanitaire ne fournit que 48% des besoins en santé et bien-être nécessaire à la population ; les pays ne sont pas en mesure de fournir les infrastructures (postes de santé, hôpitaux), le personnel et les produits nécessaires pour ces services dans un rayon d'action accessible et à des prix abordables ;
2. La qualité des services est appréciée par l'expérience vécue des patients : le succès des traitements, l'assurance de l'innocuité et l'efficacité des interventions sont insuffisants ;
3. La demande des services sanitaires essentiels, en matière de prévention, de vaccination et soins primordiaux par les ménages et les communautés rencontre une offre de qualité insuffisante ;
4. La résilience aux facteurs de risque comme les catastrophes ou les épidémies est généralement faible (indice : 0,32) mais plus forte dans les pays qui ont été exposés à la maladie à virus Ebola (Guinée, Liberia et Sierra Leone), ce qui permet de supposer que des enseignements ont été tirés et que les investissements appropriés ont été effectués.

Au Tchad par exemple, les enquêtes sur la disponibilité des services et l'opérationnalité des structures montrent que les indicateurs de santé restent faibles malgré la mise en œuvre de différentes stratégies en matière de santé ; la performance du système de santé tchadien reste parmi les plus faibles d'Afrique. En cause, quatre facteurs essentiels³ :

¹ Organisation Mondiale de la santé, *Etat de la santé dans la région africaine de l'OMS : analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable*, Bureau régional de l'Afrique de l'OMS, Brazzaville, 2018, p.12.

² Pierre JACQUEMOT, *Les systèmes de santé en Afrique mis à l'épreuve*, Paris, Policy Center, 2020, p.4.

³ Maoundé DIONKO, *la contractualisation et performance du système de santé au Tchad*, Paris, Editions Universitaires Européennes (EUE), 2016, p.17.

- L'insuffisance des infrastructures sanitaires ;
- Le dysfonctionnement dans l'organisation des soins ;
- L'insuffisance quantitative et qualitative du personnel soignant ;
- Et le sous-équipement.

Face à cette incapacité du système public de santé de répondre aux besoins des populations, le gouvernement a décidé d'introduire la contractualisation comme outil en vue d'améliorer la performance du système de santé.⁴

Aussi, des disparités importantes sont notées entre les provinces en termes d'infrastructures, d'équipements et de personnels. On pourrait évoquer entre autres facteurs explicatifs de ces insuffisances et disparités, l'absence d'un outil pour une répartition équitable des ressources humaines et matérielles nécessaires pour une offre de soins de santé de qualité aux populations.

L'évaluation du système de santé tchadien a révélé un certain nombre d'insuffisances qui l'empêchent d'atteindre les Objectifs du PNDS 3⁵, de la CSU⁶ et du Développement Durable (ODD 3) pour contribuer efficacement à l'amélioration de la santé des populations. Parmi ces insuffisances, il y a :

- Les disparités dans l'état de santé entre les milieux rural et urbain ;
- Les inégalités dans la couverture sanitaire entre les milieux rural et urbain ;
- Les déficits dans l'offre de soins (une mauvaise répartition des ressources entre les provinces);
- L'allocation inéquitable des ressources de santé sur le territoire national ;
- La non-satisfaction des besoins en soins grandissants de la population.

La carte sanitaire⁷ favorise une organisation plus efficiente de l'offre de service pour mieux s'adapter aux besoins des populations. Elle s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales de santé et permet d'exploiter toutes les possibilités de rapprocher les services de santé des populations qui en sont dépourvues. Ainsi, de par sa vocation de permettre un meilleur accès à l'offre de soins et de services, la carte sanitaire tient non seulement compte

⁴ Maoundé DIONKO, *Op.cit.*, p.18.

⁵ Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 3, 2018-2022).

⁶ Couverture de la Santé Universelle.

⁷ Carte Sanitaire du Tchad 2019-2023.

des efforts fournis dans la disponibilité des services de santé mais aussi de leur utilisation effective par les populations. Elle prend en compte l'offre de soins de santé des secteurs (public et privé), notamment dans les grands centres urbains.

Données sanitaires

La situation sanitaire du Tchad est préoccupante. Les principales données en la matière sont⁸ :

- Les décès maternels, néonataux, infanto-juvéniles restent élevés et respectivement 860 pour 100.000 NV, 33 pour, 122 pour (MSP - 2022-23) ;
- La couverture vaccinale reste faible (58% des enfants sont complètement vaccinés selon l'enquête vaccinale OMS-UNICEF de 2023) ;
- La récurrence de la malnutrition aigüe globale : 10% près du seuil d'urgence qui est de 15% ; (PAM, Enquête 2023) ;
- Les accouchements assistés : 34% (EDS-MICS 2022) ;
- La prévalence VIH est de 3,4% (EDS-MICS 2022-23) ;
- La prévalence contraceptive est de 5,5% (EDS-MICS 2021-22) ;
- Les couvertures en CPN 1⁹ et CPN 2 sont respectivement de 67% et 31% (EDS-MICS 2021-22).

Il reste à mentionner que l'organisation du système de santé n'a pas été analysée de façon approfondie dans le contexte actuel au Tchad et surtout à Mongo.

II - JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

Un tel choix du sujet tient lieu de deux raisons personnelle et scientifique :

La première est d'ordre personnelle, elle s'explique du fait que notre responsabilité en tant qu'étudiant, nous sommes appelés à vivre la réalité et le quotidien des populations dans le domaine de la santé. En effet, nous sommes chargés d'accompagner la communauté à comprendre les problèmes auxquels ils font face, développer des expertises en analyse et évaluation des contraintes qui entravent le fonctionnement du service des urgences fera de nous des experts en sociologie de la santé.

⁸ Carte Sanitaire du Tchad, *Op.cit.*, p.25.

⁹ Consultation Périnatale (CPN).

La seconde raison est d'ordre scientifique, nous sommes partis d'un constat selon lequel les formations sanitaires de la province du Guéra en général et l'hôpital de la ville de Mongo en particulier rencontrent des difficultés malgré les efforts consentis par l'Etat et ses partenaires.

En outre, cette étude contribue à l'enrichissement de la sociologie du développement notamment sur les questions de santé. De ce fait, nous voulons orienter notre recherche dans un cadre plus opérationnel, en apportant notre modeste contribution dans le champ scientifique.

Ce travail vise à ressortir le problème qui empêche l'amélioration du système de santé au Tchad afin de répondre aux besoins de la population en les rendant plus visibles, lisibles et coordonnés entre eux. Les résultats de ce travail pourraient contribuer à l'accès aux soins de meilleure qualité, aux médicaments en quantité et qualité ainsi que de revoir le coût de soins.

Cette étude vise à montrer que la santé humaine et le bien-être des populations sont intimement liés à l'état de l'environnement. Un environnement sain est essentiel à la santé humaine et au bien-être. Dans le même temps, l'environnement local peut aussi constituer une source de stress, par exemple la pollution atmosphérique, le bruit, les substances chimiques dangereuses qui ont des effets néfastes sur la santé.

III - PROBLEME DE RECHERCHE

Au Tchad, les services publics sont faibles, leur qualité s'étant détériorée depuis 2015.¹⁰ Selon les données du PNDS 4, la population totale est estimée à 17 958 641 en 2022, l'espérance de vie de la population est de 64 ans, le taux brut de la mortalité est estimé à 12,2% en 2022. Le taux de couverture sanitaire théorique est de 90,09%.¹¹ D'après ces mêmes résultats, 61% des formations sanitaires disposent d'une source d'eau améliorée, 78% disposent des installations sanitaires améliorées, 15% disposent d'une source d'énergie, 26% des équipements de communications et 21% d'un ordinateur/internet/email. Le taux d'utilisation des services de santé est faible. Il est de 24% et se justifie par le fait que l'offre et la demande ne s'ajustent pas. La faible couverture en eau potable et surtout en électricité a un impact négatif sur la qualité des soins¹²

Par ailleurs, les services offerts sont insuffisants, coûteux, et limités par la grande taille du pays, la faible densité de sa population et une urbanisation lente et peu ordonnée. De plus, l'efficacité des pouvoirs publics est entravée par les faiblesses de l'administration publique, la

¹⁰ Groupe de la Banque Mondiale, *Promouvoir une prospérité partagée au Tchad, voies et préalables dans un pays enclavé en proie à la fragilité et aux conflits*, décembre 2022, p.15.

¹¹ Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 4) du Tchad 2022-2030, p.27.

¹² Idem., p.37.

concentration des ressources et des décisions dans la capitale, le bas niveau des recettes et la vulnérabilité à des chocs tels que la COVID-19.¹³

Pour relever ces défis, le gouvernement a déployé d'énormes efforts en vue de renforcer efficacement le système de santé et d'inverser la tendance de la mortalité et de la morbidité dans le pays. Toutes ces actions sont soutenues et suivies par les plus hautes autorités du pays au travers des réunions mensuelles de haut niveau pour suivre les progrès réalisés et, le cas échéant corriger des dysfonctionnements constatés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.¹⁴

La politique National de santé 2016-2030 visait à améliorer l'état de la santé de la population en dotant le pays d'un système de santé cohérent, performant et accessible à tous les citoyens, orienté vers les soins de santé primaires à tous les niveaux de la pyramide et soutenu par un système hospitalier performant. Elle a prévu trois orientations stratégiques à savoir :

- a) L'amélioration de l'accès et de la disponibilité des services de santé de qualité : cette orientation était basée sur l'amélioration de l'accès géographique, économique et culturel des populations aux soins et le renforcement de la participation des communautés aux différents niveaux du système de santé ;
- b) Le renforcement des interventions contre les principales maladies : il s'agissait d'assurer une offre intégrée de soins de santé primaires pour améliorer la qualité de la réponse aux maladies transmissibles et non transmissibles ;
- c) L'amélioration de la prestation de soins de qualité aux femmes et aux enfants : cette orientation visait à placer la santé du couple mère-enfant au centre de toutes les interventions eut égard à la situation sanitaire précaire de ce groupe vulnérable.

Grâce à cette option, la disponibilité et l'accessibilité des prestations essentielles de santé ont été améliorées en termes de couverture sanitaire et prestations réalisées.

A Mongo par exemple, l'hôpital provincial a un état d'infrastructure de 75% et un niveau de densité de personnel de santé à 0,27%. Selon l'enquête SARA (Service Availability and Readiness Assessment), les capacités de diagnostic et la disponibilité des médicaments essentiels ont les plus faibles scores moyens avec respectivement 43,6% et 30,9% et la capacité opérationnelle générale des services est de 56%.¹⁵

¹³ Groupe de la Banque Mondiale, *Op.cit.*, p.15.

¹⁴ Politique Nationale de Santé (2016-2030, Tchad), p.8.

¹⁵ Plan National de Développement Sanitaire : PNDS 3 2018-2021, p.35.

D'après le PPDSG¹⁶, l'hôpital provincial de Mongo est confronté à la vétusté des locaux, l'insuffisance des ressources (humaines qualifiées, financières et matérielles...) pour l'accomplissement de sa mission. Les difficultés majeures se résument à :¹⁷

- L'insuffisance, l'exiguïté et la dégradation des locaux pour abriter tous les services ;
- L'insuffisance des équipements médicotechniques pour accroître la performance ;
- L'insuffisance, l'exiguïté et la dégradation des toilettes, de l'incinérateur et de la morgue ;
- L'insuffisance des ressources humaines qualifiées (spécialistes) ;
- La difficulté d'assurer correctement l'entretien quotidien des services ;
- L'indisponibilité des outils de collecte des données (DSIS : registres, fiches de dépouillement...) ;
- L'insuffisance des moyens financiers, matériels et des consommables pour la protection contre la COVID-19 ;
- La faible disponibilité de l'eau courante ;
- Le vieillissement des moyens roulants (ambulances, motos et véhicules) ;
- L'absence de couloirs de circulation entre les services.

Toutefois, la Stratégie National de la Couverture Sanitaire Universelle (SNCU) met un accent particulier sur les questions liées à la prévention, la protection financière, l'équité dans l'accès aux services de santé, la qualité des services, le développement des ressources humaines pour la santé, le renforcement du système de santé et la durabilité. Dès lors, cette étude ambitionne d'analyser les dysfonctionnements dans l'organisation du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo.

IV - PROBLEMATIQUE

La problématique de l'offre, de la demande et de la qualité de soins a toujours préoccupé les organismes des Nations Unies, le gouvernement tchadien ainsi que des chercheurs de différents domaines étant donné que la santé est une dimension indispensable à la vie. De nombreux auteurs ont déjà eu à travailler sur ces questions. De ce fait, cette revue critique de la

¹⁶ Plan Provincial de Développement sanitaire du Guéra 2022-2030

¹⁷ Ibidem, p.39.

littérature aborde donc le dysfonctionnement de l'appareil sanitaire sur le plan institutionnel organisationnel, et structurel.

Plan institutionnel

Sabine DJIMOUKO et al., la sous-utilisation des centres de santé s'explique par le fait que le système de santé de région du Logone occidentale a pendant longtemps, été tenu à l'écart des évaluations, et ainsi évolué dans l'anarchie, sans faire l'objet d'une étude scientifique, en l'absence de toute vision prospective. Cette situation a largement favorisé la mauvaise répartition des ressources de santé et une faible réponse à la demande des patients. En réponse, ces derniers développent un désintéressement vis-à-vis de l'offre et adoptent leurs propres stratégies de recours aux soins¹⁸

Azoukalné MOUKENET et Avocksouma ACTHENEMOU, l'instauration de la politique de la gratuité des soins de santé dans les hôpitaux en 2007 a favorisé l'amélioration de la santé maternelle, ainsi que la réduction de la mortalité infantile et des décès dus aux urgences chirurgicales. Par contre, cette politique est restée sans grand effet sur les décès liés aux urgences gynéco-obstétriques, médicales et pédiatriques. Après son élargissement en 2009 aux centres de santé, l'utilisation des services s'est légèrement améliorée puis s'est détériorée davantage. Par contre, la gratuité des accouchements a favorisé l'utilisation des services des centres de santé, tout comme la prise en charge des cas de paludisme grave, de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans ou des consultations liées aux infections respiratoires aiguës, comme elle a aussi encouragé l'observance des traitements, en particulier dans le domaine du VIH et de la tuberculose.¹⁹

Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO dans son mémoire de DEA, relève que la marginalisation, la corruption, le rançonnement des malades, les diagnostics « bâclés », le charlatanisme, les procédures de soins précaires, le laxisme de l'Etat ou des « dominants » constituent des « insuffisances » qui entachent l'action sanitaire et font de celle-ci un véritable « bricolage ». Les trajectoires thérapeutiques sont diverses et sinueuses. Les pauvres se soignent « en rond », ce qui a pour conséquences la résistance des maladies, les avortements clandestins, les infections à VIH/SIDA... Ces « insuffisances » n'ont pas cependant masqué les potentialités qui « somnolent » dans le foisonnement des soignants et des trajectoires thérapeutiques dans

¹⁸ Sabine DJIMOUKO et al., *L'utilisation des structures de soins dans la région du Logone Occidentale, un défi pour la gouvernance en santé*, European Scientific Journal, 2016, p.91.

¹⁹ Azoukalné MOUKENET et Avocksouma ACTHENEMOU, *La gratuité des soins de santé au Tchad*, Paris, Harmattan, 2015, p.55.

l'espace urbain.²⁰ Il va plus loin en analysant que les différentes médecines parallèles ou illicites, malgré leurs « *effets pervers* », ne constituent pas des facteurs régressifs. Dans un contexte de pauvreté rampante, elles ont acquis une légitimité sociale véritable et jouent un rôle pour le peuple du « *bas* » le rôle de « *sapeurs-pompiers* » face aux structures sanitaires orthodoxes devenues « *inaptes* » à porter secours.²¹

Selon ces différents auteurs, le dysfonctionnement du système de santé sur le plan institutionnel est dû à la mauvaise répartition des ressources de santé, la faible réponse à la demande des patients, la corruption. Ainsi, d'autres facteurs peuvent expliquer comme l'accueil, les rapports sociaux, la qualité de formation des soignants et la lenteur des services dans l'hôpital comme le souligne Bernard HOURS sur le plan structurel.

Plan organisationnel

Edmond VII MBALLA²² cité par Honoré MIMCHE et Yves Bertrand DJOUDA dans son article sur le rôle des gardes malades en milieu hospitalier, montre que ces profanes « *professionnels de santé* » sont véritablement au cœur de l'administration des soins de santé au Cameroun. L'auteur s'est assigné pour objectif de comprendre la place et le rôle que jouent ces acteurs dans l'organisation du travail et l'administration des soins aux personnes malades dans les hôpitaux et/ou centres de santé et les enjeux de cette « *intrusion* » des profanes dans le domaine de la prise en charge des patients ; un domaine qui est par essence réservé aux professionnels. Il montre que la présence des gardes malades au sein des institutions hospitalières en fait des personnes centrales et indispensables dans la prise en charge des personnes malades.²³

Jean-François MEDARD dans son article s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche sur les politiques de santé en Afrique centrale, il s'attarde sur le bilan négatif de la situation sanitaire au Cameroun et les dysfonctionnements du secteur public, « *lesquels sont imputables au problème ancien de la mauvaise gestion de l'administration bien qu'aggravés par la crise économique* ». La décentralisation est introduite dans le système de santé public au Cameroun comme un ensemble de techniques visant, par l'autonomisation des structures de santé, à

²⁰ Yves Bertrand DJOUDA, *Le foisonnement des soignants et des trajectoires thérapeutiques en milieu urbain camerounais : analyse des logiques, des pratiques et des conditions d'émergence (l'exemple de la ville de Bafoussam)*, Mémoire de DEA en Sociologie, Université de Yaoundé I, 2005-2006, p.161.

²¹ Idem, p.162.

²² Edmond VII MBALLA, *Les profanes « professionnels de santé » : les gardes malades au cœur de l'administration des soins de santé au Cameroun*, dans *Famille et santé en Afrique. Regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin*, Paris, l'Harmattan, 2018, p.77-97.

²³ Honoré MIMCHE et Yves Bertrand DJOUDA, *Famille et santé en Afrique. Regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin*, Paris, l'Harmattan, 2018, p.18.

transformer profondément le comportement dysfonctionnel du personnel sanitaire, médical et paramédical qui est considéré comme étant à la source de la crise du système de santé.²⁴

Selon ces auteurs, les causes du dysfonctionnement de l'appareil sanitaire proviennent du facteur organisationnel comme : l'intrusion des profanes dans le domaine de la prise en charge des patients (gardes malades), la mauvaise gestion de l'administration, le comportement dysfonctionnel du personnel sanitaire. D'après le constat fait, les formations sanitaires sont affectées par plusieurs facteurs notamment : institutionnels, organisationnels, structurels, etc.

Plan structurel

Bernard HOURS fait une analyse comparative entre l'hôpital public et les dispensaires sur les plans de l'accueil, des rapports sociaux et de la qualité de formation des soignants. Il souligne l'arrogance, l'absentéisme du personnel et la lenteur des services dans l'hôpital public tandis que dans les dispensaires de mission, le personnel y est dévoué, courtois et les malades y sont servis dans une atmosphère de sympathie de façon égalitaire sans influence de leur niveau socio-économique. Il s'interroge sur les représentations que font les soignants et les soignés de la santé publique dans les structures sanitaires en milieu urbain et rural, tout en montrant le mauvais état dans lequel elles se trouvent, à savoir le manque de matériel, la promiscuité, l'absence de courant électrique, de médicaments, les mauvaises conditions de travail, il souligne aussi les rapports sociaux difficiles entre les soignants aussi entre les soignants et les patients. Bernard HOURS va plus loin que si l'on examine les différents secteurs du dispensaire où circulent les patients, il apparaît tout d'abord que ceux-ci subissent une longue attente silencieuse en cas d'affluence. S'ils sont seuls ou peu nombreux, ils devront se manifester ou seront oubliés sans être prévenus par exemple que la consultation est fermée pour l'après-midi. Ce qui n'est pas familiarité devient parfois manque de considération lors des consultations de fin de matinée où la fatigue des infirmiers chefs est très vive après quarante patients.²⁵

André FRANQUEVILLE dans son ouvrage, critique le mauvais fonctionnement des hôpitaux et dispensaires publics à Yaoundé. D'après lui, ce sont des établissements où l'accueil, la qualité des soins, la propreté laissent à désirer. Pour FRANQUEVILLE, dans les dispensaires, l'accès à la consultation est toujours subordonné à une très longue attente, parfois la journée durant. Les soins sont en principe gratuits, mais il faut parfois « mouiller la barbe »

²⁴ Jean-François MEDARD, « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun », *Le bulletin de l'APAD, n°21, Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, ; [En ligne], mis en ligne: Juin 2001, p.4.

²⁵ Bernard HOURS, *Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, l'Harmattan, 1985, p.59.

de l'infirmier pour être appelé et soigné, cela d'autant plus que les médicaments les plus élémentaires font généralement défaut. La médecine privée bien que payante, a donc dû prendre le relais de la médecine publique, et c'est ce qui explique « l'évasion » des consultants vers des dispensaires privés parfois éloignés de la ville.²⁶

Nicolas MONTEILLET qui s'est intéressé aux systèmes thérapeutiques au Cameroun, notamment dans la Haute Sanaga. Dans son ouvrage, il décrit les transformations du champ médical sous l'effet de la crise, il relève la pluralité des systèmes de soins et les dynamiques affectant leur changement. Il les évalue selon les mêmes critères à savoir : la prise en charge du patient, l'écoute, la qualité du traitement et des posologies, les disponibilités locales des ressources, le coût pour le patient et la transmission des connaissances. Il insiste sur l'absence de dialogue entre les soignants et les patients comme résumant des dysfonctionnements du système hospitalier.²⁷

D'après le constat de ces auteurs, le manque de matériel, la promiscuité, l'absence de courant électrique, le mauvais fonctionnement des hôpitaux et dispensaires, le manque de dialogue entre les soignants et les patients sont les causes structurelles qui affectent les formations sanitaires. De ce fait, le dysfonctionnement dans les formations sanitaires a plusieurs facteurs non seulement structurels.

De tout ce qui précède, dans le cadre de notre travail de recherche portant sur : « *Le service des urgences dans le système hospitalier tchadien : l'exemple de l'hôpital provincial de Mongo* », notre problématique est de savoir : qu'est-ce qui explique la faiblesse dans l'organisation du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo malgré les efforts du gouvernement tchadien en construisant des infrastructures et matériels, des médicaments et vaccins, des ressources humaines etc. Ainsi, de cette problématique se dégagent des questions de recherche qui nous ont permis de collecter les informations sur le terrain.

V - QUESTIONS DE RECHERCHE

Toute recherche en sciences sociales et particulièrement en sociologie, nécessite que le chercheur parte d'un questionnement qui est en réalité un fil conducteur de sa recherche. Raymond Quivy et Luc Campenhoudt rappellent que « la question de départ constitue

²⁶ André FRANQUEVILLE, *Construire une capitale*, Paris, Editions de l'Orstom, 1985, p.143.

²⁷ Nicolas MONTEILLET, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun. Crises hospitalières et nouvelles pratiques populaires*, Paris, Karthala, 2005, p.109.

normalement un premier moyen de mise en œuvre d'une des dimensions essentielles de la démarche scientifique ». ²⁸

Ainsi, à la suite de cette problématique, il est important de poser des questions qui vont orienter notre recherche.

1 - Question centrale

Qu'est-ce qui explique les dysfonctionnements de l'organisation au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo ?

A cette question centrale de recherche, s'ajoutent les questions secondaires :

2 - Questions secondaires :

Question secondaire 1

Comment l'organisation du service des urgences influence-t-elle les interactions entre les personnels soignants et les patients de l'hôpital provincial de Mongo ?

Question secondaire 2

Quelles sont les représentations sociales des patients sur l'organisation du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo ?

VI - HYPOTHESES

A ces questions de recherche, les hypothèses ci-dessous ont été formulées :

1 - Hypothèse centrale

Les dysfonctionnements du système hospitalier au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo sont liés aux défaillances des politiques publiques.

2 - Hypothèses secondaires

Hypothèse secondaire 1

L'organisation du service des urgences influence les interactions entre les personnels soignants et les patients de l'hôpital provincial de Mongo de plusieurs manières : la façon dont les soins sont dispensés, la qualité des services et la communication entre les personnels soignants.

²⁸ Raymond QUIVY, Luc VAN CAMPENHOUDT, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995, p.43.

Hypothèse secondaire 2

Les représentations sociales des patients sur l'organisation du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo varient en fonction de plusieurs facteurs tels que l'accès aux soins, la qualité des services de santé, les croyances culturelles et les expériences individuelles.

VII - OBJECTIFS

1 - L'objectif général

Analyser l'organisation du système de santé au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo en tenant compte de la relation entre personnels soignants et patients.

2 - Les objectifs spécifiques

Objectif spécifique 1

Comprendre les interactions entre les personnels soignants et les patients au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo.

Objectif spécifique 2

Montrer les pratiques des acteurs sur l'organisation du système de santé au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo.

VIII - METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Selon Madeleine GRAWITZ : « La méthode est un ensemble des opérations intellectuelles permettant par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre et le vérifie »²⁹. Pour vérifier nos hypothèses, nous sommes partis d'une approche pratique qui combine certaines méthodes.

1 - Cadre conceptuel

Emile DURKHEIM recommande une approche scientifique en commençant par la définition des concepts et des notions que nous utilisons ; en ce sens, il affirme dans l'introduction de son ouvrage³⁰ :

Les mots de la langue usuelle, comme les concepts qu'ils expriment, sont toujours ambigus et le savant qui les emploierait tels qu'il les reçoit de l'usage et sans leur faire subir d'autre élaboration s'exposerait aux plus graves confusions. Non

²⁹ Madeleine GRAWITZ, *Méthodes des sciences sociales*, Paris Dalloz, 11^{ème} éd., 2001, p.39.

³⁰ Emile DURKHEIM, *Le Suicide. Etude de sociologie*, Paris, PUF, 2^{ème} éd., 1967, p.12.

seulement la compréhension en est si peu circonscrire qu'elle varie d'un cas à l'autre suivant les besoins du discours, mais encore, comme la classification dont ils sont le produit ne procède pas d'une analyse méthodique, mais ne fait que traduire les impressions confuses de la foule, il arrive sans cesse que des catégories de faits très disparates sont réunies indistinctement sous une rubrique, ou que des réalités de même nature sont appelées de noms différents. Si donc on se laisse guider par l'acception reçue, on risque de distinguer ce qui doit-être confondu ou de confondre ce qui doit-être distingué, de méconnaître ainsi la véritable parenté des choses et, par suite, de se méprendre sur leur nature. On n'explique qu'en comparant.

C'est pourquoi, nous commencerons par définir les termes que nous utiliserons afin de lever l'ambiguïté et l'équivoque :

- **Organisation du système de santé :**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'organisation du système de santé comme étant un ensemble de ressources, d'organisations et d'institutions visant à offrir des soins de santé de qualité, efficaces et accessibles à tous les individus. Plus spécifiquement, l'OMS reconnaît l'importance de la mise en place de systèmes de santé intégrés, capables de fournir une gamme complète de service de soins de santé, y compris la prévention, le traitement, les soins et la réadaptation à tous les niveaux du système de soins. L'OMS met également l'accent sur la nécessité de renforcer les systèmes de santé afin d'assurer une réponse adaptée, efficace et durable aux crises sanitaires internationales et aux besoins de santé urgents.

En outre, l'organisation du système de santé fait référence à la manière dont les services et les ressources de santé sont organisés et gérés pour répondre aux besoins de la population. Cela comprend la manière dont les services sont structurés et fournis la coordination des soins entre les différents professionnels de la santé et les établissements de santé, la gestion des ressources humaines, matérielles et financières, ainsi que la réglementation et la surveillance de l'ensemble du système. L'objectif est d'assurer une prise en charge globale et fluide des patients et usagers du système de santé, en prévenant les maladies et en fournissant des soins de qualité efficaces et sécuritaires.

- **Offre des soins :**

L'offre de soins est l'ensemble des prestations, des actes médicaux, des lieux, des biens médicaux, médicaments et produits de santé mis à la disposition de la population par les

professionnels et les systèmes de santé. Elle est répartie dans trois secteurs : le secteur médico-social, le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire.³¹

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déterminé trois axes de travail stratégiques afin de renforcer les soins de santé primaires à l'échelle mondiale : mettre en place un « guichet unique » pour apporter aux Etats membres un appui à la mise en œuvre des soins de santé primaires, adapté au contexte et aux priorités de chaque pays. La couverture sanitaire universelle devrait être fondée sur des soins de santé primaires solides axés sur la personne.³²

- **Demande de soins :**

Marie-André RIPOCHE, définit la demande de soins comme une « *exigence née de la nature ou de la vie sociale ou comme un état de privation* ». Dans le domaine de la santé, on parlera de besoins de santé pour la population (demande de soins) et de « *besoins de soins* » pour parler d'offre de prestations.³³

La demande de soins, est le désir d'un individu ou d'un groupe de population par rapport à une amélioration de la santé ou à l'utilisation d'un service. La demande peut être exprimée ou non. La demande de soins de santé augmente selon l'âge. Les femmes expriment généralement une plus grande demande (soins) de santé que les hommes. La demande est limitée par la perception et, de ce fait, concerne principalement les soins curatifs et plus rarement les mesures préventives. Une personne ne fait appel à un service que si elle est dans le besoin³⁴

- **Qualité des soins :**

La qualité des soins est un concept qui consiste à mettre en œuvre le plus d'éléments possible pour garantir aux patients une qualité de prise en charge diagnostique et thérapeutique adaptée. Lorsque la qualité des soins apportée est bonne, le patient bénéficie naturellement des meilleurs résultats possibles en fonction de sa pathologie. La qualité des soins est optimale si les critères budgétaires sont respectés et que les risques de complications ou de maladies dues à la prise en charge du patient (pathologies iatrogènes) sont limités au maximum.³⁵

³¹ <https://www.fiches-ide.fr/cours/ue-1-sciences-humaines-sociales-droit/ue-1-2-sante-publique-economie-de-sante/offre-de-soins/> consulté le 20/04/2023 à 11h11.

³² <https://www.who.int/fr/health-topics/universal-health-coverage> consulté le 20/04/2023 à 11h17.

³³ Marie-André RIPOCHE, *Les concepts en sciences infirmières*, Lyon, Association de Recherches en Soins Infirmiers, 2012, pp. 93-97.

³⁴ Blaise KABWENDE, *Structure de l'offre et demande des soins de santé dans la zone de santé rurale de Minova/RDC*, Mémoire de Licence en Sciences Economiques, Université de Goma, 2007, p.26.

³⁵ <https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/45059-qualite-des-soins-definition> consulté le 20/04/2023 à 10h44.

- **Service des urgences :**

Connu sous le nom de service d'accueil et de traitement des urgences, est un service hospitalier qui a pour mission d'accueillir et de prendre en charge les personnes blessées, malades ou victimes de phénomènes exceptionnels en question et difficilement prévisibles qui nécessitent des soins urgents et immédiats.³⁶

Les urgences peuvent être causées par un accident, une maladie soudaine ou aggravation subite d'une condition médicale préexistante. Le personnel médical des urgences est formé pour fournir des soins de première ligne aux patients, évaluer la gravité de leur état et orienter les patients vers les services médicaux appropriés pour un traitement ultérieur si nécessaire. Les urgences sont généralement ouvertes 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, afin de répondre aux besoins des patients en tout temps.

- **Dysfonctionnement :**

Un dysfonctionnement social peut être défini comme une perturbation affectant le fonctionnement d'une organisation, qui trouve tout ou partie de ses origines dans une modification du comportement des salariés.³⁷

Robert KING MERTON définit le dysfonctionnement comme un élément ou un processus au sein d'une structure sociale qui nuit à son fonctionnement ou à ses objectifs. Dans son analyse, il souligne que les institutions sociales ont des fonctions manifestes (celles qui sont intentionnelles et reconnues) et des fonctions latentes (celles qui ne sont pas immédiatement évidentes).³⁸

Anomalie de fonctionnement au sein d'une structure sociale administrative.

Trouble fonctionnel (d'un organe, d'une glande, d'un système organique) pouvant avoir une origine pathogène. Dysfonctionnement endocrinien ; dysfonction glandulaire. En cas de dysfonction de cette cellule hépatique, il y a (...), accumulation de la cholestérine dans le sang

- **Santé :**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé « est un état complet de bien-être physique, mental et social ne se caractérisant pas uniquement par l'absence de maladie ou

³⁶ urgencemonastir.com/fr/page/mission_du_service consulté le 16/04/2023 à 10h55.

³⁷ Bernard MARTORY et Daniel CROZET, *Gestion des ressources humaines*, Paris, Dunod, 2016, p.201.

³⁸ Robert KING MERTON, *Social theory and social structure*, New York, Free Press, 1968, p.698.

d'infirmité ». Dans ce travail, nous entendons par santé, l'état sanitaire d'un individu, d'une société ou d'une communauté, c'est-à-dire le bien-être sur les plans physique et mental.³⁹

Sossie ANDEZIAN cité Albertine PABINGUI⁴⁰, tout groupe socio-culturel : « *a sa manière spécifique d'appréhender et d'expliquer les notions de santé et de maladie qui dépend étroitement de sa représentation du monde, de la vie, et de la mort, de son système de croyances et de valeurs, de son rapport à l'environnement, de son univers relationnel* ». La perception que chacun de nous a de sa santé ou de sa maladie dépend de notre environnement culturel. Loin de se limiter aux seuls aspects physiologiques comme le fait habituellement la biomédecine, les idées de la santé et de la maladie font référence à un ensemble de notions beaucoup plus divers, par exemple la bénédiction, la punition divine, l'ensorcellement.

Jeanne-Marie AMAT-ROZE montre que la confusion entre santé et médecine est courante ; or cette assimilation est bien trop étroite pour promouvoir la santé. La santé renvoie aux conditions d'existence des individus, dans toutes leurs dimensions : se nourrir, s'instruire, habiter, travailler, se déplacer, se soigner... Le soin, y participe, mais n'est qu'un maillon d'une longue chaîne. Un état de santé est la résultante, à un moment donné, d'un système à multiples composantes interactives : des facteurs endogènes (physiques, biologiques, génétiques), et exogènes : environnements politique, économique, social, culturel, caractères du cadre vie... Les disparités observées sont le produit de combinaisons différenciées de ces facteurs. Des contextes associent, les uns, une somme de facteurs de vulnérabilités.⁴¹

2 - Cadre théorique

Comme le déclare Henri MENDRAS : « *Il n'y a pas d'observation de la réalité sociale sans minimum de théorie au départ, celle-ci constituant un manuel intellectuel pour comprendre et rendre compte de la réalité étudiée* ».⁴²

Dans cette étude nous avons adopté deux modèles théoriques notamment :

2 - 1 - Le constructivisme structuraliste

Le constructivisme social (ou socioconstructivisme) est une vision de la sociologie contemporaine développée par Peter BERGER, sociologue et théologien américain d'origine

³⁹ <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution> consulté le 16/04/2023 à 11h05.

⁴⁰ Albertine PABINGUI, s.d., Apport de l'anthropologie pour améliorer l'interface entre patients et équipe soignante, Rencontre Corevih Bretagne, pp.1-17.

⁴¹ Jeanne-Marie AMAT-ROZE, *La santé, une construction interdisciplinaire. L'exemple du dialogue géographique – Santé – Territoire*, Dans Recherche en Soins infirmiers, N°106, 2011, pp 5-15.

⁴² Henri MENDRAS, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, Paris, Armand Colin, 1996, p.27.

autrichienne et Thomas LUCKMANN⁴³, sociologue allemand, s'appuyant sur des arguments théorisés par Emile DURKHEIM. Cette approche considère que la réalité sociale et les phénomènes sociaux sont créés et institutionnalisés avant de se transformer en traditions et s'intéresse à la façon dont cette réalité est construite.

Pierre Bourdieu définit :

*Le « constructivisme structuraliste » à la jonction de l'objectif et du subjectif : « par structuralisme ou structuraliste, je veux dire qu'il existe, dans le monde social lui-même, [...] des structures objectives indépendantes de la conscience et de la volonté des agents, qui sont capables d'orienter ou de contraindre leurs pratiques ou leurs représentations. Par constructivisme, je veux dire qu'il y a une genèse sociale d'une part des schèmes de perception, de pensée et d'action qui sont constitutifs de ce que j'appelle habitus, et d'autre part des structures sociales, et en particulier ce que j'appelle des champs ».*⁴⁴

Dans cette double dimension, objective et construite de la réalité sociale, une certaine primauté continue toutefois à être accordée aux structures objectives. C'est ce qui conduit Pierre BOURDIEU à distinguer deux moments dans l'investigation, un premier moment objectiviste et un deuxième moment subjectiviste. D'un côté, les structures objectives que construit le sociologue dans le moment objectiviste en écartant les représentations subjectives des agents sont le fondement des représentations subjectives et elles constituent les contraintes structures qui pèsent sur les interactions ; mais d'un autre côté, ces représentations doivent aussi être retenues si l'on veut rendre compte notamment des luttes quotidiennes, individuelles et collectives qui visent à transformer ou à conserver ces structures.

Au regard d'une certaine construction d'opinions à tort ou à raison vis-à-vis du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo, l'utilisation de cette théorie dans cette étude nous a permis de comprendre les interactions entre les différents acteurs (personnels soignants, patients, gardes malades, responsables de différents services) mais aussi l'organisation du système de santé de l'hôpital provincial de Mongo.

⁴³ Peter BERGER, Thomas LUCKMANN, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin, 3^{ème} éd., 2012, p.48.

⁴⁴ Pierre BOURDIEU, « *Espace social et pouvoir symbolique* », dans *choses dites*, Paris, Minuit, 1987, p.31.

2 - 2 - L'approche systémique

Dans la théorie cosmologique d'Aristote, le *sustêma* « ensemble organisé » équivaut à la notion de confédération ; il s'applique à un corps de nations pourvu des mêmes institutions. Mais présenter les rapports politiques en ces termes, c'est, dans la sociologie contemporaine, faire référence à une autre grille de lecture : celle du systémisme dont le développement au début des années 60 doit beaucoup aux travaux de l'américain David EASTON.⁴⁵

Le « systémisme », l'approche en termes de système est née de recherches en Biologie où elle fut présentée au début des années 20 comme un effort d'uniformisation de la démarche scientifique (théorie générale des systèmes de BERTALANFFY). Il s'agissait de mettre en évidence un groupe d'organes reliés selon certaines structures et exerçant une influence réciproque les uns sur les autres selon des procédures précises. Après la seconde guerre mondiale, cette construction théorique reçut l'appui de la cybernétique et de la servomécanique. C'est alors qu'elle devint le cheval de bataille d'un courant de pensée soucieux d'unifier le champ des connaissances par une théorie définie comme universelle et « non engagée ».⁴⁶

Paul NDA⁴⁷ cité par Moustapha NSANGOU :

*l'analyse systémique examine systématiquement la gestion des situations sociales caractérisées par un ensemble de rapports relativement stables où les acteurs doivent prendre des décisions*⁴⁸

Partant du postulat selon lequel tout acteur social dispose d'une marge de manœuvre lui permettant de continuer dans le système, cette approche théorique nous a permis dans le cadre de cette étude à analyser les stratégies mises en œuvre par le gouvernement tchadien et ses partenaires sanitaires internationaux pour améliorer le système hospitalier du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo.

3 - Techniques de collecte des données

Pour comprendre et expliquer le fait social et les relations sociales, le sociologue utilise des instruments méthodologiques tels que l'enquête quantitative et l'enquête qualitative, lesquels lui permettent de parvenir à la connaissance scientifique en tant que connaissance pure,

⁴⁵ André AKOUN, Pierre ANSART, *Dictionnaire de Sociologie*, Paris, Seuil, 1999, p.518.

⁴⁶ Ibidem.

⁴⁷ Paul NDA, *Méthodologie de la recherche. De la problématique à la discussion des résultats*, Abidjan, Ed. Universitaires de Côte d'Ivoire, 3^{ème} éd., 2006, p.72.

⁴⁸ Moustapha NSANGOU, *La demande de soins de santé chez les femmes infectées par le VIH au Cameroun. Contribution à une analyse des itinéraires thérapeutiques des séropositives dans les villes de Yaoundé et Ngaoundéré*, Thèse de doctorat en Sociologie, Université de Yaoundé I, Mars 2014, p.24.

vérifiable et méthodique. Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé les outils et les techniques de collecte de données suivants : la recherche documentaire, l'entretien et l'observation participante.

3 - 1 - La recherche documentaire

L'observation ou la recherche documentaire est une technique de collecte des données qui porte sur l'analyse des documents ou l'étude des traces.⁴⁹ Pour Valentin NDONGO, « *il s'agit d'une observation médiatisée par les documents* », il continue en disant qu' « *Est document tout élément matériel ou immatériel, qui a un rapport avec l'activité des hommes vivant en société et qui de ce fait constitue indirectement une source d'informations sur les phénomènes sociaux* ». ⁵⁰ C'est en somme une méthode de collecte des données qui porte sur les sources écrites, non écrites ou documentaires.

Pour mieux appréhender cet objet d'étude, une recherche documentaire nous a permis de recueillir des informations dans différents documents notamment des ouvrages généraux et spécialisés, des articles, des thèses, des mémoires, des documents des plans nationaux et provinciaux de développement sanitaire, des rapports d'activités, des ordonnances afin d'approfondir les connaissances.

Les documents physiques ont été recherchés dans les bibliothèques locales comme : le Cercle Philo-Psycho-Socio-Anthropologie (CPPSA), la bibliothèque de la FALSH⁵¹, de l'IFORD⁵², de l'IRIC.⁵³

Les documents numériques quant à eux, ont été recherchés dans les sites des bibliothèques, de l'OMS, du Ministère de la Santé, de Google scholar disponibles dans les bases de données des sciences sociales et de la santé publique à partir de l'internet.

3 - 2 - L'entretien semi-directif

L'entretien est une conversation entre l'enquêteur et l'enquêté, dont le but est de collecter des données, des informations que ce dernier est supposé détenir.

⁴⁹ Rodolphe GHIGLIONE et Benjamin MATALON, *Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques*, Paris, Armand Colin, 1992, p.92.

⁵⁰ Valentin NGA NDONGO « *L'opinion camerounaise* », Thèse de doctorat d'Etat en Sociologie, Université de Paris X Nanterre, 1999, p.283.

⁵¹ Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Yaoundé I.

⁵² Institut de Formation et de Recherche Démographique, Université de Yaoundé II.

⁵³ Institut des Relations Internationales du Cameroun, Université de Yaoundé II.

Dans le cadre de notre recherche, l'entretien semi-directif nous a permis d'interroger 31 enquêtés à travers un guide d'entretien formulé et adressé aux responsables de différents services de l'hôpital provincial de Mongo, les personnels soignants du service des urgences, les patients admis au pavillon des urgences, les gardes malades ainsi que tous ceux qui sont impliqués.

3 - 3 - L'Observation directe

L'observation peut être définie comme une considération attentive de la réalité sociale au moyen du regard en vue de son élucidation, de sa compréhension et de son interprétation. Selon Raymond QUIVY et Luc Van CAMPENHOUDT, l'observation directe est une méthode au sens strict basée sur l'observation visuelle. Autant dire, elle constitue la seule méthode de recherche sociale qui capte les comportements au moment où ils se produisent sans l'intermédiaire d'un document ou d'un témoignage.⁵⁴

Dans l'observation directe, le chercheur est physiquement présent face à son objet observé, il regarde se dérouler, construire ou se reconstruire en temps réel. Selon toutes les techniques de recherche utilisées en Sociologie, l'observation est peut-être la plus importante.⁵⁵

Le recours à l'observation directe nous a aidé d'observer de plus près les interactions entre les personnels soignants et les patients au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo.

3 - 4 - L'échantillonnage

Notre échantillonnage porte sur la technique probabiliste ou aléatoire. Elle est une technique qui consiste à « *donner à chaque individu non seulement une chance connue et non nulle d'être choisi, mais aussi une chance égale* ». Elle implique un véritable tirage au hasard. Ainsi, dans le cadre de notre étude, nous privilégions l'échantillon stratifié, cela consiste à diviser la population à étudier en sous population ou strates, puis à tirer aléatoirement un échantillon dans chacune des strates de notre population mère.

De ce fait, cet échantillon nous a permis d'interroger un nombre important d'individu en vue de recueillir d'informations auprès de notre population mère. Concernant la taille de l'échantillon, nous avons eu 31 entretiens dans le cadre de cette recherche.

⁵⁴ Raymond QUIVY et Luc Van CAMPENHOUDT, *Op.cit.*, p.177.

⁵⁵ Theodore CAPLOW, *L'enquête sociologique*, Paris, Armand Colin, 1972, pp.150-151.

Tableau 1 : Récapitulatif des informateurs

Catégories des répondants	Mode d'entretien	Nombre d'entretiens
Responsables de différents services	Entretien directif	05
Médecins du service des urgences	Entretien directif	02
Infirmiers du service des urgences	Entretien directif	04
Patients du service des urgences	Entretien directif	17
Gardes Malades	Entretien directif	03
TOTAUX		31

Source : tableau réalisé par l'auteur à partir des données collectées sur le terrain.

3 - 5 - Traitement et analyse qualitative des données

Après la phase de collecte des données, nous avons procédé à la phase de traitement et d'analyse des données récoltées sur le terrain. Cette phase se subdivise en trois moments à savoir : la transcription, la catégorisation et l'analyse proprement dite.

- La transcription

Cette phase a permis de reproduire et de saisir les données ou les informations collectées sur le terrain. Sur le terrain, nous avons utilisé un magnétophone pour faire nos entretiens individuels. Ainsi, après cette épreuve de transcription, une autre phase a été entamée : celle de regroupement ou de la catégorisation.

- La catégorisation

Dans le processus d'analyse de ce travail, la catégorisation est l'étape qui a suivi la transcription. Elle consiste à regrouper les données allant dans le même sens en vue de permettre une meilleure analyse. Après cette étape s'en est suivie l'étape d'analyse proprement dite.

- L'analyse du contenu

Alain Blanchet et Anne GOTMAN cité par Moustapha NSANGO⁵⁶

L'entretien ne parle pas de lui-même, il faut pour parvenir aux résultats de la recherche, effectuer une opération essentielle, qui est l'analyse du discours. Elle

⁵⁶ Moustapha NSANGO, *Les comportements sexuels et reproductifs des femmes vivant sous antirétroviraux au Cameroun*, Mémoire de Master en Sociologie, Université de Yaoundé I, Avril 2010, p.35.

consiste à sélectionner et à extraire des données susceptibles de permettre la confrontation des hypothèses aux faits.

De ce fait, l'enquête qualitative repose sur cette analyse du contenu et contextuel puisque l'action sociale n'a de signification que dans une situation particulière. Cela, nous a amené à prendre en compte les lieux où se sont déroulées nos enquêtes, le temps et les acteurs mêmes dans cette analyse sociologique qui repose sur la description et l'interprétation des conduites, des comportements afin de les comprendre pour mieux les expliquer sans les juger.⁵⁷

IX - DELIMITATION SPATIO-TEMPORELLE

La délimitation spatio-temporelle est un aspect essentiel de la recherche permettant de cibler et de préciser le sujet.

1 - Délimitation temporelle

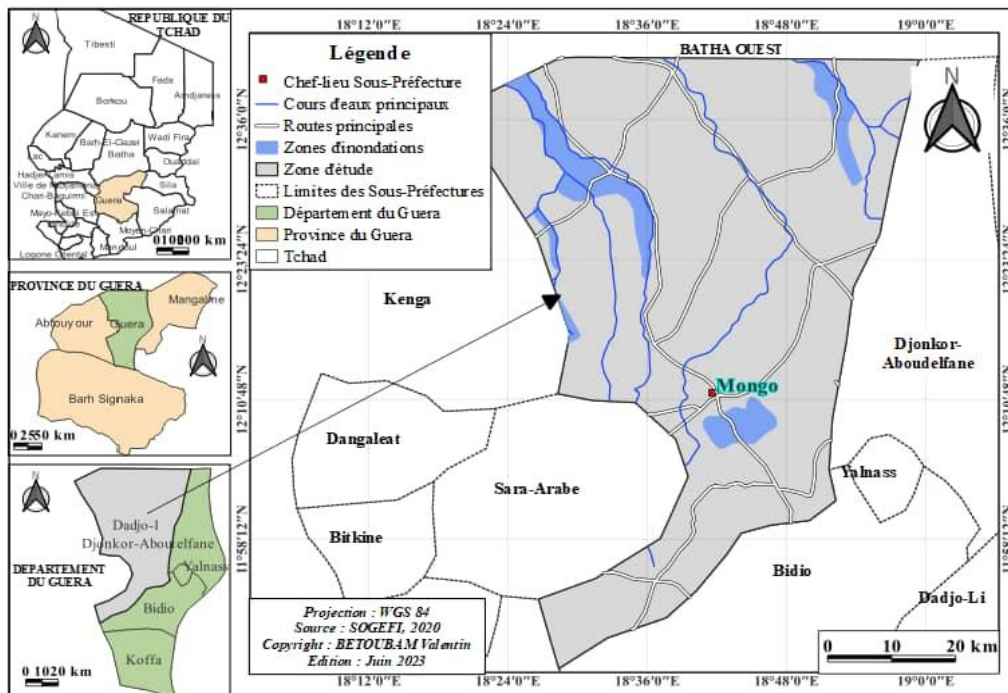
Cette étude s'est intéressée à un sujet d'actualité qui est l'organisation du système de santé ; d'autant plus que le système de santé a toujours suscité des débats sur la manière dont il est structuré, financé et géré pour faire face à des crises sanitaires. Ainsi, l'enquête de terrain s'est effectuée du 29 juin au 30 septembre 2023 à l'hôpital provincial de Mongo.

2 - Délimitation spatiale

Cette recherche s'est effectuée dans la ville de Mongo, chef-lieu de la province du Guéra. Mongo est situé au centre du Tchad et abrite l'hôpital provincial qui constitue une référence pour les 5 hôpitaux de districts de la province. Cette étude s'est déroulée à l'hôpital provincial de Mongo, et précisément au service des urgences.

⁵⁷ Moustapha NSANGOU, *Op.cit.*, p.35.

Carte N°01 : Carte de la ville de Mongo



Source : Mairie de la ville de Mongo.

X - PLAN DE REDACTION

Ce travail est subdivisé en deux parties, et chaque partie a deux chapitres.

La première partie porte sur : *Organisation du système de santé au Tchad*. Ici, le premier chapitre est intitulé : *Généralités sur le système de santé au Tchad* et le deuxième chapitre s'intitule : *Prise en charge des urgences et son environnement*

La deuxième partie s'articule sur : *Analyse de l'organisation du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo*. Ici, le troisième chapitre porte sur les : *Représentations sociales des patients sur l'organisation du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo* et le quatrième chapitre est intitulé : *Analyse des dysfonctionnements du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo*.

**PREMIERE PARTIE : ORGANISATION DU
SYSTEME DE SANTE AU TCHAD**

**CHAPITRE I : GENERALITES SUR LE
SYSTEME DE SANTE AU TCHAD**

Dans ce premier chapitre, il est question de présenter l'organisation du système de santé et, plus particulièrement l'organisation du système de santé tchadien.

I - ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé peut être défini comme l'ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurels, financiers) destinés à atteindre les objectifs d'une politique de santé⁵⁸ Son objectif est d'identifier les besoins de la population, déduire les priorités et mettre en place les actions nécessaires pour réaliser des objectifs prédéfinis (problématiques de la décision en santé, équité, efficacité et rationalité économique).⁵⁹

Un système de santé performant doit être global, c'est-à-dire ne négliger aucun secteur, équitable et accessible. L'accessibilité comprend trois dimensions : géographique (proximité), économique (coût), et informationnelle. Il doit être aussi efficace, autant d'un point de vue technique qu'économique, planifiable, évaluable et acceptable par la population.⁶⁰

1 - Différents types de système de santé

Les systèmes de santé se caractérisent par leur extrême diversité selon l'histoire et les caractéristiques socioculturelles propres à chaque pays. Ils poursuivent tous les mêmes objectifs : assurer l'égalité d'accès aux soins, d'excellents résultats sanitaires et la maîtrise des dépenses.⁶¹

1 - 1 - Systèmes d'assurance maladie (France et Allemagne)

Ils sont fondés sur le versement de cotisations. Les dépenses sont en majeure partie prises en charge par les caisses d'assurance maladie et financées par les cotisations sociales. Ils garantissent le choix du médecin par le patient et la qualité des soins. Ils sont souvent coûteux et parfois responsables d'inégalités d'accès aux soins. Le système français est centralisé tandis que le système allemand est organisé au niveau des régions.⁶²

⁵⁸ CAZABAN et al., *Santé Publique*, Paris, Masson, 2005, p.36.

⁵⁹ CLAVERANNE et al., « *Organisation, décision et financement du système de soins* » Actualité Dossier Santé Publique, 2000, p.79.

⁶⁰ HINI et al., *Les établissements de santé. Un panorama pour l'année 2004*, DRESS, 2004, p.13.

⁶¹ Aissam BELADAI, *Organisation et pilotage de prise en charge des patients dans le cadre du réseau des urgences*, Thèse de doctorat en Génie Industriel, Université Jean Monnet, juillet 2009, p.7.

⁶² Lequet SLAMA et Duriez, *Les reformes des systèmes de santé – spécificités et convergences*, actualité et dossier en santé publique n°18, 1997, p.34.

1 - 2 - Systèmes de santé libéraux (États-Unis)

Ils sont également fondés sur le versement de cotisations. Ils permettent l'accès à des soins de qualité pour les populations couvertes, mais engendrent de fortes inégalités. Les dépenses de santé sont très élevées.⁶³

1 - 3 - Systèmes nationaux de santé (Grande-Bretagne, Espagne, Italie, les Pays Nordiques)

Ils assurent un accès quasiment gratuit aux soins pour l'ensemble de la population. L'offre de soins est organisée par l'Etat et financée par les impôts. Certains de ces systèmes reposent sur une organisation très centralisée (Grande-Bretagne), d'autres (Pays Nordiques) ont décentralisé leur organisation et leur gestion. Les niveaux de dépenses sont relativement bas et la qualité des soins variable. Ils sont souvent caractérisés par des files d'attente très longues quant à l'accès aux spécialistes.⁶⁴

1 - 4 - Systèmes de santé en Afrique

En Afrique, il n'existe pas un seul type de système de santé, mais plutôt une diversité des modèles selon les pays, les contextes et les acteurs impliqués. On peut toutefois distinguer trois grands types de systèmes de santé en Afrique.⁶⁵

- Les systèmes de santé publics, qui sont financés et gérés par l'Etat, et qui visent à offrir des soins universels et gratuits ou à faible coût aux populations. Ces systèmes sont souvent confrontés à des problèmes de financement, de qualité, de corruption et de pénurie des ressources humaines et matérielles ;
- Les systèmes de santé privés, qui sont financés et gérés par des acteurs non étatiques, tels que les entreprises, les ONG, les Eglises, les mutuelles, etc. Ces systèmes offrent des soins payants, souvent de meilleure qualité, mais qui sont inaccessibles à une partie de la population, notamment les plus pauvres ;
- Les systèmes de santé mixtes, qui combinent des éléments des systèmes publics et privés, et qui impliquent une collaboration entre les différents acteurs du secteur de la santé. Ces systèmes visent à améliorer la couverture, l'efficacité et l'équité des soins, mais ils nécessitent une bonne coordination, une régulation et une supervision.

⁶³ Lequet SLAMA et Duriez, *Op.cit.*, p.36.

⁶⁴ Ibidem.

⁶⁵ OMS, *Systèmes de santé en Afrique. Perceptions et perspectives communautaires, Rapport d'une étude multiples*, Juin 2012, p.33.

II - SYSTEME DE SANTE DU TCHAD

Le système de santé du Tchad est de type pyramidal à trois (3) niveaux de responsabilité et d'activités qui sont⁶⁶ :

Un niveau central comprenant :

- Un Conseil National de Santé et de la prévention (CNSP) ;
- Une Administration Centrale ;
- Des Organismes Techniques sous tutelle et des Organes de Consultation ;
- Des Institutions Nationales Sanitaires (CHU Référence Nationale, CHU Renaissance, CHU Mère/Enfant, HATC, Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA) ;
- Une Ecole Nationale Supérieure des Agents Sanitaires et Sociaux (ENSASS) ;
- Un Centre National d'Appareillage et de Réadaptation (CNAR) ;
- Un Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ;
- Un Centre National de Traitement des Fistules (CNTF) ;
- Et des Programmes Nationaux de Santé.

Le niveau central a pour rôle la conception et l'orientation de la politique sanitaire du pays et la mobilisation des ressources. Il est chargé de coordonner les aides extérieures, de superviser, évaluer et contrôler la mise en œuvre des programmes nationaux.⁶⁷

Un niveau intermédiaire comprenant :

- Les Conseils Provinciaux de Santé et de la Prévention CPSP) ;
- Les Délégations Provinciales de la Santé et de la Prévention (DPSP) ;
- Les Etablissements Publics Hospitaliers des Provinces (HP) ;
- Les Ecoles Provinciales de Formation ;
- Et les Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement (PPA).

Le niveau intermédiaire est chargé de la coordination de la mise en œuvre de la politique de santé. Il apporte un appui technique au niveau périphérique.⁶⁸

⁶⁶ PNDS 4, *Op.cit.*, p.25

⁶⁷ PNS 2016 - 2030, *Op.cit.*, p.12

⁶⁸ *Ibidem.*

Un niveau périphérique comprenant :

- Les Conseils de Santé des Districts (CSD) ;
- Les Equipes Cadres de District (ECD) ;
- Les Hôpitaux des Districts (HD) ;
- Les Centres de Santé (CS) ;
- Les Conseils de Santé des Zones de Responsabilité (CSZR) ;
- Les Comités de Santé (COSAN) ;
- Et les Comités de Gestion (COGES).

Au niveau périphérique, les centres de santé offrent le Paquet Minimum d'Activités (PMA) qui comprend des activités préventives, curatives et promotionnelles, tandis que l'hôpital de district prend en charge le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) dont les complications maternelles et néonatales. Les activités de santé sont étendues au niveau communautaire sous forme de stratégies avancées et de stratégies mobiles, ainsi que des activités à base communautaire impliquant des agents de santé communautaire qui sont placés sous la supervision des Responsables des Centres de Santé (RCS).⁶⁹

1 - Analyse de la situation sanitaire

Il s'agit d'analyser la manière dont le système de santé est organisé et les principaux acquis suite à la mise en œuvre du PNDS 3⁷⁰. Cette analyse se fera en prenant comme cadre conceptuel, les piliers du système de santé tels que proposés par l'OMS. Ces piliers sont : la Gouvernance et le leadership, les infrastructures et les équipements, les médicaments, les ressources financières, les ressources humaines pour la santé, le système d'information et les prestations de soins.⁷¹

1 - 1 - Gouvernance, Leadership et Coordination

Elaboration des documents nationaux

Le Ministère en charge de la Santé Publique a créé la Direction de la Législation et de la Traduction lors de la révision de son organigramme en 2018. Celle-ci est fonctionnelle et a pour mission d'élaborer et de proposer les textes législatifs et réglementaires en matière de santé

⁶⁹ PNS 2016 - 2030, *Op.cit.*, p.12

⁷⁰ PNDS 4, *Op.cit.*, p.37

⁷¹ *Ibidem.*

et de veiller à leur adoption et application effectives. Le défi de ce service est de veiller à l'application des textes et d'en assurer la traduction. Un recueil des textes juridiques inhérents au secteur de la santé devrait être mis en place. Durant la période, plusieurs textes juridiques importants ou des documents de stratégies ont été élaborés dans tous les secteurs du système de santé. C'est le cas de la pharmacie avec plus de 15 textes élaborés, de la santé reproductive, des ressources humaines etc. Malgré tout cela, le dispositif juridique du secteur sanitaire reste encore insuffisant. Il faut noter aussi que beaucoup de lois adoptées dans le cadre de la réforme du secteur de la santé ne sont pas mises en œuvre à cause de l'inexistence des textes d'application.⁷²

Planification Stratégique

Le processus de la planification stratégique a été toujours participatif et inclusif et cela est très important. A remarquer que le cycle retenu pour la planification stratégique, cinq ans officiellement (mais quatre ans en réalité pour le PNDS 3), en référence au cycle de développement retenu par le pays, est très court pour la mise en œuvre du PNDS et pour l'organisation des activités de suivi et évaluation. Cela est confirmé par le niveau de réalisation et de l'atteinte des certains indicateurs du PNDS 3. Par ailleurs, le processus d'évaluation du PNDS 3 a été long et coûteux.⁷³ C'est pourquoi, le PNDS 4 devra couvrir la période allant de 2022 à 2030 pour être aligné à la Politique Nationale de Santé et le Plan National de Développement, avec deux évaluations intermédiaires en 2025 et 2028 ainsi qu'une évaluation finale en 2030.⁷⁴

Les Plans d'Actions Opérationnels annuels des Directions du MSPP sont souvent élaborés avec retard et ne sont pas mis en œuvre ni suivis comme il se doit. Il en est de même de l'élaboration des PPDS. La planification stratégique dont l'un des principes est la gestion axée sur les résultats a connu un début timide avec le PNDS3 et devra être rendu systématique et renforcée avec la mise en œuvre du PNDS 4⁷⁵

1 - 1 -1 - Coordination

Coordination multisectorielle

Le PNDS3 avait prévu de redynamiser les instances de coordination et de dialogue politique à tous les niveaux du système de santé et de les rendre fonctionnelles et efficaces. Il

⁷² PNDS 4, *Op.cit.*, p.37

⁷³ *Idem*, p.38.

⁷⁴ *Ibidem*.

⁷⁵ PNS 2016-2030, p.27.

faut noter qu'en dehors du Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) du PEV, le Comité de Direction, la Réunion du 24 du mois jusqu'en avril 2021, le Comité Directeur du MSPP, les réunions des PTF, la Plateforme de la SRMNIAN, les autres instances ne fonctionnaient pratiquement pas (Comité de pilotage du PNDS, Comité de suivi du Pacte, Comité technique de suivi du PNDS 3, Comité de Suivi/Evaluation du PNDS 3, la Commission Nationale du SIS...) pour défaut de formalisation ou pour indisponibilité des membres ayant pouvoir de décision ou du fait de l'instabilité institutionnelle liée aux changements successifs des responsables au niveau central et périphérique.⁷⁶

Dans les Délégations provinciales de la santé publique et de la prévention, on note aussi une irrégularité dans la tenue des réunions statutaires (organes de décision et de gestion) dont les décisions sont insuffisamment mises en œuvre.⁷⁷

En effet, il n'existe pas de mécanismes formels de coordination (incluant la préparation des dossiers au niveau technique) dans le secteur. Par ailleurs, la supervision des activités sanitaires à tous les niveaux demeure toujours insuffisante en raison, soit du manque de planification réelle de ces activités, soit de l'insuffisance des ressources propres du MSPP pour l'organisation du suivi rapproché des activités sur le terrain.⁷⁸

1 - 1 - 2 - Partenariat

Le partenariat s'est renforcé avec l'adhésion du Tchad au Partenariat International pour la Santé et Initiatives Apparentées (IHP+), suivi de la signature en 2011 d'un pré-pacte, en 2014 d'un deuxième Pacte et en 2019 d'un troisième Pacte entre le Gouvernement et ses partenaires dont la mise en œuvre des engagements des parties devait faciliter la mise en œuvre des PNDS.⁷⁹

Le partenariat public-privé à but non lucratif (ONG et Confessions religieuses) s'est davantage renforcé grâce à la politique nationale de contractualisation adoptée en 2001 et révisée en 2015. Depuis lors, les orientations qui en sont issues ont connu une faible application. Le service de la contractualisation, au sein de la DSSIS a été supprimé alors que la contractualisation dans le domaine de la santé reste un des mécanismes clés du partenariat entre

⁷⁶ PNDS 4, *Op.cit.*, p.43.

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ PNDS 4, *Op.cit.*, p.39.

⁷⁹ Carte Sanitaire du Tchad 2019-2023

les différents acteurs. Des conventions ont été signées entre le Gouvernement et les partenaires au fur et à mesure que les opportunités se présentent.⁸⁰

La dynamique de la multisectorialité dans la mise en œuvre des politiques et stratégies en matière de santé n'est pas évidente pour insuffisance d'implication des autres Ministères dans les questions relatives à la santé de la population. De même, le MSP n'est pas toujours associé à l'élaboration des politiques sectorielles d'autres Départements ministériels. Cela constitue des opportunités manquées pour renforcer l'approche de la santé dans toutes les politiques.⁸¹

L'implication du secteur privé lucratif est faible dans la prise de décisions du secteur de la santé. En outre, le secteur privé n'est pas bien suivi par le MSP. Il reste à être régulé par ce dernier (manque des textes réglementaires définissant les caractéristiques des établissements, la tarification des soins...) et leurs rapports d'activités ne sont pas intégrés dans le SIS. Enfin, il n'existe pas un Document de Stratégie de Partenariat devant guider les différents partenaires nationaux et internationaux et le MSP.⁸²

1 - 1 - 3 - Réformes sectorielles

Le MSP a engagé plusieurs réformes dans le secteur de la santé pendant la période de mise en œuvre du PNDS 3.⁸³

Dans le cadre de la réforme hospitalière le MSPP envisage :⁸⁴

- L'organisation administrative des hôpitaux avec la définition des organes de gouvernance et des organes consultatifs ;
- La gestion financière et comptable des hôpitaux définit le régime financier et comptable auxquels sont soumis les établissements hospitaliers et le mode de nomination des Comptables publics et des Contrôleurs financiers délégués ;
- La tutelle et le contrôle des établissements hospitaliers (l'encrage institutionnel et les différents modes de contrôle de ces établissements) ;
- Le projet de Loi pour la création des hôpitaux interprovinciaux à Moundou, Abéché, Sarh, Mao, Farcha, Amdjarass, Faya, Mongo et Pala. Pour l'opérationnalisation dudit

⁸⁰ Carte Sanitaire du Tchad 2019-2023

⁸¹ PNDS 4, *Op.cit.*, p.59.

⁸² Ibidem.

⁸³ PNDS 3, *Op.cit.*, p.33.

⁸⁴ Ibidem.

projet, il a été retenu de rendre fonctionnels les deux premiers qui sont Abéché et Moundou d'ici les 5 ans ;

- La création de service d'aide Médicale d'Urgence (SAMU) pour assurer les soins pré hospitaliers.

1 - 2 - Infrastructures, équipements et maintenance

Infrastructures sanitaires

Normes en matière d'infrastructures sanitaires

Le problème majeur souligné au cours de la mise en œuvre des PNDS précédents est la mauvaise conception des plans architecturaux des infrastructures sanitaires avec pour conséquence l'inadéquation avec les équipements lors de l'installation de ceux-ci.⁸⁵ La méconnaissance des matériaux de construction spécifique des Infrastructures Sanitaires par le MOD constitue également un gros handicap pour l'installation des équipements.⁸⁶ Durant le PNDS 3, les documents de normes en infrastructures sanitaires n'ont pas pu être révisés. Toutefois le processus de révision de ces documents est en cours. Il faut aussi relever le problème de faible implication des techniciens du MSPP dans le suivi des travaux de construction des infrastructures sanitaires. On constate souvent une installation non appropriée des réseaux électriques, de la plomberie sanitaire, des fluides médicaux, etc.⁸⁷

On note par contre une tendance à la désorganisation du découpage sanitaire qui est dû à une création massive CS à partir du niveau central sans l'avis des Médecins Chefs de District (MCD) et des Délégués Provinciaux de la Santé et de la Prévention (DPSP). Ces CS ne répondent pas aux normes mais rehaussent malgré tout le taux de couverture sanitaire. De même, de plus en plus des DS sont créés et déclarés fonctionnels avec l'affectation d'un MCD mais sans un hôpital de district. Les DS sans un HD représentent 48% de l'ensemble des DS.⁸⁸

La plupart des HD dans les villes et plus particulièrement à N'Djaména ne répondent pas aux normes. Ils ne peuvent pas mettre en œuvre un paquet complémentaire d'activités pour ce niveau. Il en va de même des hôpitaux de district transformés en hôpitaux provinciaux. Ces hôpitaux sont opérationnels mais avec un plateau technique inadapté. Actuellement, le Tchad a un réseau de structures de santé qu'il ne peut rendre opérationnel par manque de ressources. Cela est dû au non-respect des normes en matière de création des districts sanitaires, des zones

⁸⁵ PNDS 4, *Op.cit.*, p.53.

⁸⁶ Idem, p.54

⁸⁷ PAO, *Op.cit.*, p.55.

⁸⁸ MSP, p.87.

de responsabilités et des formations sanitaires ne permettant pas la viabilité de ces différentes entités.⁸⁹

Équipements médico-sanitaires

Normes en matière d'équipements médico-sanitaires

Il n'existe toujours pas de normes en matière d'équipements médico-sanitaires dans le pays. Cette situation a pour conséquence le fait que l'un des problèmes majeurs constatés lors de la mise en œuvre des trois premiers PNDS a été l'inadéquation entre les infrastructures sanitaires construites et les équipements médico-sanitaires.⁹⁰ Il convient de noter également l'absence des documents des stratégies et des normes dont l'une des conséquences est la disparité des marques des équipements fournis par les partenaires. Le manque des normes en équipements impacte dès lors sur la maintenance préventive et curative ainsi que sur le choix des équipements qui ne sont pas adaptés aux nouvelles technologies et aux besoins des différentes structures sanitaires. Toutefois, il existe une liste homologuée des équipements en cours de validation. L'existence d'une telle liste faciliterait la maintenance des équipements. De même, une liste homologuée des équipements pour les centres de santé a été adoptée lors de la révision du PMA.⁹¹

Etat actuel des équipements dans les formations sanitaires

En prévision de rendre fonctionnel 4 hôpitaux provinciaux, 12 hôpitaux de district et 20 CS déjà construits et non équipés, il faut noter que 5 HP, 14 HD et 32 CS sont équipés ou leurs équipements sont disponibles. Il faut aussi signaler que les programmes d'infrastructures et de dotation des formations sanitaires en matière d'équipements ne sont pas toujours bien coordonnés du fait des retards accusés dans le délai contractuel des constructions et le manque d'implication du maître d'ouvrage dans le suivi des travaux. En plus, ces programmes ne prennent pas en compte la disponibilité et la qualité du personnel clinique et biomédical existant pour leur utilisation optimale.⁹²

La gestion de la COVID-19 a été une opportunité pour renforcer les services en équipements, en infrastructures et les capacités du personnel : Un central de production d'oxygène est installé à l'Hôpital de Farcha et deux autres à Abéché et Moundou, tous les hôpitaux provinciaux ont été équipés d'au moins trois extracteurs d'oxygène et de 2

⁸⁹ MSP, *Op.cit.*, p.87.

⁹⁰ PNDS 4, *Op.cit.*, p.55

⁹¹ MSP, *Op.cit.* p.61.

⁹² Ibidem.

respirateurs (formation/recyclage) et les Hôpitaux Nationaux, de 3 à 8 concentrateurs d'oxygène et de 12 à 18 respirateurs d'anesthésie.⁹³

Maintenance des infrastructures et des équipements médico-sanitaires

Dans le domaine de la maintenance, le document de politique nationale de maintenance des infrastructures et des équipements médico-sanitaires n'a pas encore été élaboré. Par contre, un plan de maintenance a été élaboré mais non validé. La non standardisation et la non révision des documents de la politique nationale de la maintenance ne facilitent pas les achats des équipements et rendent leur maintenance très difficile. Il est à noter que 80 agents sont programmés pour la formation en maintenance biomédicale.⁹⁴

1 - 3 - Ressources financières de la santé

Les dépenses de santé s'effectuent à travers l'allocation d'un budget au MSPP. La loi des finances répartit annuellement le Budget Général de l'Etat aux différents départements ministériels notamment celui de la santé sur la base du Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) central, tout en tenant compte des priorités et orientations nationales, ainsi que du contexte macroéconomique du pays. Outre le financement de l'Etat, le MSPP bénéficie des financements des partenaires sous forme de dons ou de prêts.⁹⁵

1 - 4 - Ressources humaines pour la santé au Tchad

En matière des ressources humaines, le système de santé tchadien est loin de répondre à toutes les préoccupations malgré les bonnes volontés affichées par toutes les parties prenantes. Les effectifs du personnel au Tchad sont loin d'atteindre les normes fixées par l'OMS. La Densité des personnels de santé est de 0,63 pour 1000 habitants en 2019 (Rapport CNPS 2019/DRHF/MSPP/2020 alors que la norme de l'OMS est de 4,45 pour 1000 habitants dans le cadre de l'atteinte des objectifs de Couverture Santé Universelle (CSU) et des Objectifs de Développement Durable (ODD).⁹⁶

Le nombre de personnel a significativement évolué dans la période 2018-2021 sans tenir compte du quota fixé de 500 agents toutes catégories à intégrer pour le compte du Ministère en charge de la Santé dans le cadre du PNDS3. Il faut noter qu'en 2019 l'Etat a recruté 471 médecins et en 2020, 1638 paramédicaux et 143 Médecins. En 2018 et en 2021 il n'y'a pas eu

⁹³ PNDS 4, *Op.cit.*, p.55.

⁹⁴ Ibidem.

⁹⁵ PNDS 4, *Op.cit.*, p.77.

⁹⁶ Ibidem.

des recrutements. L'effectif des agents est passé de 8456 en 2018 à 9561 en 2021 en tenant compte des départs volontaires et obligatoires.⁹⁷

1 - 5 - Information sanitaire et recherches

Le Système d'Information Sanitaire (SIS) est reconnu comme l'un des piliers du dispositif de suivi et évaluation de la mise en œuvre de toutes les politiques et stratégies de développement en matière de santé. Cependant ces dernières années, le SIS souffre de problèmes structurels entraînant de fait des difficultés dans la production des données en temps opportun pour leur utilisation dans l'orientation de la prise de décisions.⁹⁸

L'information sanitaire de routine

La Direction des Statistiques et du Système d'Information Sanitaire (DSSIS) a pour mission d'assurer le fonctionnement de tous les dispositifs du SIS depuis la conception des outils jusqu'à la production des informations complètes, exhaustives et de bonne qualité.⁹⁹

Collecte et analyse des données

Les données sont collectées quotidiennement à l'aide d'outils primaires (registres et fiches) dans les formations sanitaires et compilées dans les Rapports Mensuels des Activités (RMA). Chaque mois, ces données devraient en principe être validées au niveau du District Sanitaire (DS) avant leur transmission aux DPSSN puis au niveau central. Il faut noter cependant que les données ne sont pas suffisamment analysées à tous les niveaux notamment dans les DS et les DPSSN.¹⁰⁰

Il est à relever que les outils de collecte de données connaissent très souvent des ruptures de stock sur le terrain et cela oblige les agents à utiliser des outils non conformes et rend difficile la compilation et le traitement des données collectées. Dans les services et les formations sanitaires, il existe d'autres outils mis en place par les partenaires et les programmes nationaux de santé tels que la PTME, le PNT, le PNLP..., qui sont soucieux d'avoir des informations en temps réel pour le suivi de leurs activités. Par conséquent, la multitude d'outils de collecte de données surcharge les prestataires de soins, fragilise davantage le SIS de routine et réduit sa crédibilité. Ces différents systèmes sont à la base des données sanitaires disparates qui circulent dans le pays.¹⁰¹

⁹⁷ PNDS 4, *Op.cit.*, p. 55.

⁹⁸ Carte Sanitaire du Tchad 2019-2023, *Op.cit.*, p.56.

⁹⁹ Ibidem.

¹⁰⁰ PPDSG, *Op.cit.*, p.57.

¹⁰¹ PNDS 4, *Op.cit.*, p.96.

Un nouveau système informatisé est déployé à tous les niveaux du système de santé. Il s'agit du District Health Information Software 2 (DHIS 2). Le processus de déploiement de cette plateforme a été effectif avec la formation des utilisateurs et l'installation des équipements informatiques y afférent et le serveur central. Il est opérationnel depuis juillet 2022 dans toutes provinces du pays. Le DHIS2 fournira une solution complète de gestion des données en produisant les informations en temps réel et en soutenant l'analyse à différents niveaux de la hiérarchie organisationnelle.¹⁰²

Qualité des données

Vu ce qui a été décrit plus haut, les informations produites par la DSSIS sont de qualité insuffisante et nécessitent une amélioration. Les principales raisons de cette insuffisance sont : la collecte qui n'est pas souvent exhaustive, les ruptures intempestives des outils de collecte sur le terrain, le personnel peu qualifié et moins supervisé ainsi que l'existence de plusieurs systèmes d'information parallèles. A cela, il faut ajouter l'absence des outils de contrôle de qualité des données, notamment le DQAS utilisé par le PEV et la régularité des réunions de validation des données.¹⁰³

Production de l'information et sa diffusion

La DSSIS est la direction du MSPP qui est responsable de la production et de la diffusion des informations sur le système de santé au Tchad. Mais, dans la pratique ce n'est pas le cas, car certains programmes produisent périodiquement leurs propres informations. Il en est de même pour certains PTF et ONG. Cela est dû à la faiblesse de la coordination et du leadership de la DSSIS. Alors que du secteur privé non lucratif (ONG, Professionnel) sont intégrées au SIS celles du secteur privé lucratif (cliniques, cabinets de soins et médicaux), ne sont presque pas intégrées dans le SIS. Ceci entraîne une déperdition d'une partie de l'information sanitaire. Il faut signaler que ces dernières années, la production des annuaires statistiques connaît des retards ; par exemple celle de 2020 est encore en cours d'élaboration.¹⁰⁴

1 - 6 - Prestation des services et des soins de santé

Utilisation des services curatifs

Du point de vue curatif, on note une variation du nombre de nouveaux cas de 2017 à 2019. Le nombre de nouveaux cas a augmenté en 2018, puis a diminué en 2019. Le Taux

¹⁰² PNDS 4, *Op.cit.*, p.96.

¹⁰³ PNS 2016-2030, *Op.cit.*, p.45

¹⁰⁴ Ibidem.

d'utilisation des services a suivi le même mouvement. De 0,26 NC/hab./an en 2017, il a augmenté à 0,35 NC/hab./an en 2018 puis a diminué à 0,23 NC/Hab./an en 2019.¹⁰⁵

L'OMS fixe comme cible cinq (5) consultations externes par personne et par année, sans distinction du milieu. Cette situation pourrait s'expliquer par le coût élevé des soins, le mauvais accueil des malades dans les formations sanitaires, la faible capacité financière des populations, la faible accessibilité géographique aux services de soins, la réorientation de la gratuité des soins vers des soins ciblés, la faible qualité des soins offerts et la mauvaise organisation des services.¹⁰⁶

Organisation des soins de santé au niveau communautaire

Le but de la santé communautaire est de rapprocher davantage les services de soins aux bénéficiaires. Une prise en charge précoce à domicile permet d'éviter les complications dont la prise en charge est nécessairement plus chère en termes de temps et de ressources. Le cadre juridique pour le développement de la santé communautaire est renforcé par la mise en place de plusieurs actes officiels définissant la santé communautaire et ses attributions. Cependant, le statut juridique de l'Agent de Santé Communautaire (ASC) reste à définir. La stratégie nationale de santé communautaire 2015-2018 arrivée à échéance a été faiblement mise en œuvre, faute du financement adéquat. Cette stratégie révisée en 2021, a été adoptée et accompagnée d'un nouveau plan stratégique 2021-2025 mais sans un plan de mobilisation des ressources financières. Il est à noter que le paquet d'intervention retenu pour être mené au niveau communautaire est divers et peu intégré ; ce qui fait que les interventions verticales sont toujours de mise.¹⁰⁷

Hôpitaux de district

L'hôpital de district assure la prestation des services de soins de santé primaires de deuxième échelon comme structure de référence pour les CS. Il met en œuvre le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) révisé en 2022. A noter que dans la plupart de ces hôpitaux de district, la mise en œuvre du PCA pose problème pour plusieurs raisons :¹⁰⁸

- Le manque d'infrastructures adéquates ;
- L'insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité ;

¹⁰⁵ MSP, *Op.cit.*, p.68.

¹⁰⁶ Ibidem.

¹⁰⁷ EDST-MICS 2022, *Op.cit.*, p.64.

¹⁰⁸ Ibidem.

- L'insuffisance d'équipements et des services de diagnostic (laboratoire, imagerie, etc.).

Au niveau national bien qu'elles existent, les normes ne sont plus adaptées aux nouvelles technologies.

Soins de santé centrés sur la personne

La notion des soins de santé centrés sur la personne est assez récente et elle n'est pas suffisamment diffusée aux différents acteurs du système de santé. Le Tchad a entrepris de faire un état des lieux de la question pour générer les données qui permettront de dégager des voies et moyens pour avancer dans ce domaine. Dans l'esprit de réforme du système de santé, il a été créé une coordination du bureau central d'accès aux droits des patients (BCADP) qui a pour mission de promouvoir les droits et devoirs des patients et des prestataires des soins.¹⁰⁹

Equité dans l'offre des soins de santé primaires

Le système de district sanitaire a montré ses limites de l'offre de soins de santé primaires à toute la population. Afin qu'aucune population du Tchad ne soit oubliée, il a été mis en place un programme de santé ciblant les populations spécifiques de par leurs différents niveaux de vulnérabilité. C'est ainsi qu'un programme national pour la santé des populations nomades, insulaires et des zones d'accès difficile a été créé et mise en œuvre afin de leur offrir des soins adaptés au contexte.¹¹⁰

Pour faciliter un accès financier aux services de soins, des mécanismes de financement et stratégies ont été mis en place, notamment à travers la gratuité des soins ciblés aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de santé nomade.¹¹¹

Offre des services de soins de santé secondaire

Les prestations de soins de santé du niveau secondaire sont assignées aux Hôpitaux Provinciaux. Ces derniers constituent la structure de soins de troisième recours et le niveau de référence pour les hôpitaux de district (deuxième référence). Selon les indications des soins de santé primaires, il doit exister un gradient technique entre les deux types d'hôpitaux. Son plateau technique supérieur à celui d'un hôpital de district doit lui permettre de prendre en charge des cas qui dépasseraient la compétence d'un Hôpital de District. L'hôpital provincial est organisé en services spécialisés suivants : médecine, chirurgie y compris le bloc opératoire,

¹⁰⁹ EDST-MICS 2022, *Op.cit.*, p.64.

¹¹⁰ *Idem*, p.71

¹¹¹ *Ibidem*.

la gynéco-obstétrique, la pédiatrie, l'ophtalmologie, l'odontostomatologie, l'ORL, l'imagerie, le laboratoire et la pharmacie. A ce jour, le pays compte 23 HP qui ne disposent pas tous des infrastructures appropriées et des spécialistes.¹¹²

Offre des services et soins de santé tertiaires

Le niveau tertiaire de référence est constitué de 4 CHU et de trois autres hôpitaux qui jouent le rôle de référence. Il s'agit de :¹¹³

- Centre Hospitalo-Universitaire de Référence Nationale (CHURN) ;
- Centre Hospitalo-Universitaire mère et enfant (CHUME) ;
- Centre Hospitalo-Universitaire Renaissance (CHUR) ;
- Et de l'hôpital de l'Amitié Tchad/Chine (HATC).

Les structures assimilées sont :¹¹⁴

- Le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) le Bon Samaritain ;
- L'Hôpital Militaire d'Instruction (HMI) ;
- Et le Centre National de Prévention et de Traitement des Fistules (CNPTF).

Ces hôpitaux jouent le rôle d'hôpitaux universitaires et de centres de référence pour les hôpitaux des provinces. Leur capacité technique permet d'assurer la formation et la recherche médicale. La disponibilité des services spécialisés varie d'un hôpital à l'autre, ce qui leur permet d'être complémentaires.¹¹⁵

Organisation et offre des services de santé du secteur privé

Au niveau privé, il y a le privé confessionnel à but non lucratif et le privé à but lucratif qui comprend les cliniques, les cabinets médicaux et les cabinets de soins gérés par les paramédicaux. Cependant, leur hiérarchisation et leur nomenclature n'existent pas.¹¹⁶

Mis à part le CHU Bon Samaritain, l'Hôpital NDA, l'Hôpital Roi Fayçal et l'Hôpital de Guinébor à N'Djaména et le Centre DJENANDOUM NASSON de Moundou, tous les autres hôpitaux privés ont le statut d'hôpital de district.¹¹⁷ Les hôpitaux et les centres de santé privés

¹¹² EDST-MICS 2022, *Op.cit.*, p.71.

¹¹³ PAO, *Op.cit.*, p.72

¹¹⁴ PNDS 4, *Op.cit.*, p.107.

¹¹⁵ Ibidem.

¹¹⁶ PNS 2016-2030, *Op.cit.*, p.73

¹¹⁷ Ibidem.

professionnels qui respectent le découpage sanitaire sont intégrés dans le Plan de développement sanitaire du Tchad. Ainsi, ils offrent des services au même titre que les formations sanitaires du secteur public.¹¹⁸

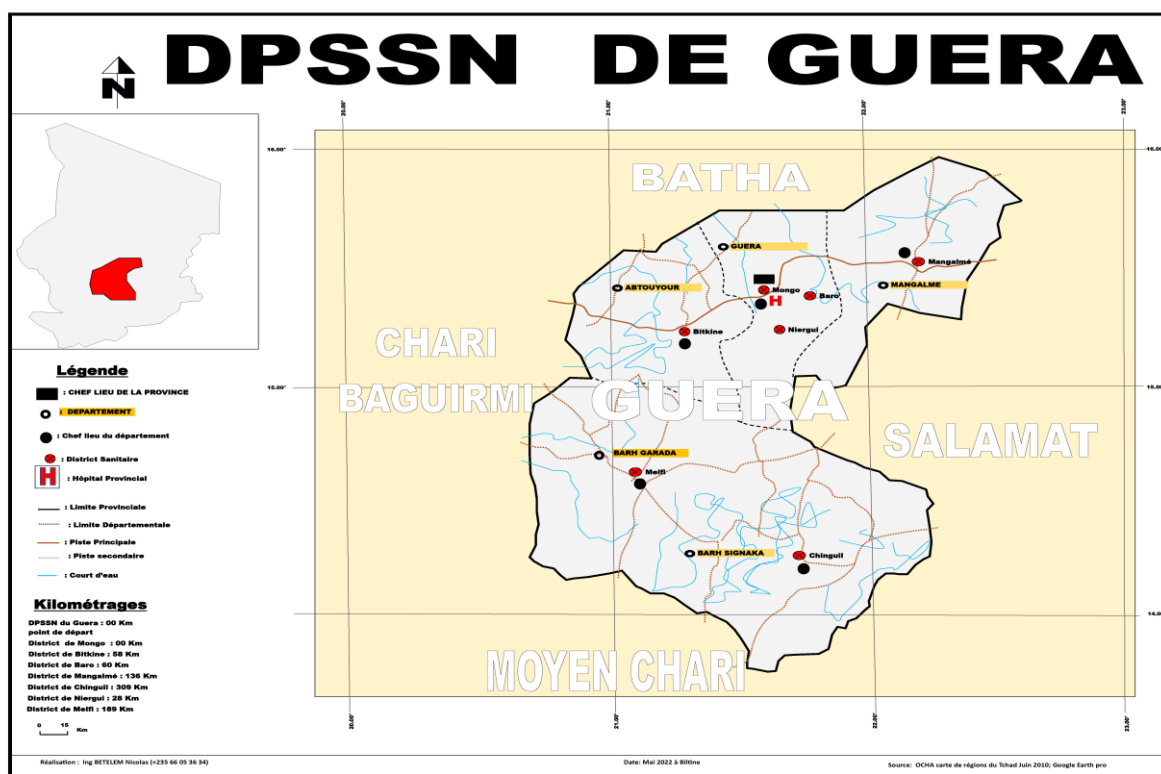
¹¹⁸ PNS 2016-2030, *Op.cit.*, p.73

**CHAPITRE II : PRISE EN CHARGE
DES URGENCES ET SON ENVIRONNEMENT**

I - PRESENTATION GENERALE DE LA PROVINCE SANITAIRE

La Délégation Provinciale de la santé et de la prévention du Guéra est distante de cinq cent vingt kilomètres (520) à l'Est de Ndjamena la capitale du Tchad. Elle est située au centre du pays et fait partie des vingt-trois Délégations sanitaires que compte le Tchad. Elle a une superficie de 58 950 Km². Elle est limitée au Nord par la Province du Batha ; à l'Est par les Provinces du Salamat et du Ouadaï, à l'Ouest par les Provinces de Hadjar Lamis et du Chari Baguirmi et au Sud par la Province du Moyen Chari.¹¹⁹

Carte N°02 : Carte sanitaire de la Province du Guéra



Source : Délégation Provinciale de la Santé du Guéra, 2023.

III - PRESENTATION DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO

Construit en 1958 en tant que structure de soins de santé primaires, l'actuel Hôpital Provincial de Mongo a été dans un premier temps un centre médical puis un hôpital de district jusqu'en 2010. Son statut de l'Hôpital Provincial a été accordé par Arrêté

¹¹⁹ PPDSG, *op.cit.*, p.2.

N°077/PR/MSP/SE/SG/DGRP/DP/038/DIPLAN/2010. Il constitue actuellement un centre de référence des cinq (5) Districts Sanitaires de la Délégation du Guéra.¹²⁰

L'Hôpital Provincial de Mongo couvre une superficie d'environ cinq (5) Hectares. Il est géographiquement limité :¹²¹

- Au Nord par le Centre de Santé de Mongo-Ouest ;
- A l'Ouest par le Commissariat de la ville de Mongo ;
- A l'Est par un ancien cimetière ;
- Au Sud par la Délégation Sanitaire et de la Prévention du Guéra.

III - 1 - Missions de l'Hôpital Provincial de Mongo

En sa qualité de l'Hôpital Provincial, les missions suivantes lui sont assignées :¹²²

- Les missions de diagnostic et de prise en charge de maladies chroniques ;
- Le diagnostic et la prise en charge des urgences ;
- La collecte d'informations sanitaires ;
- Les actions des formations au profit du personnel médical et paramédical ;
- Les actions de santé publique.

III - 2 - Administration de l'hôpital provincial de Mongo

3 - 2 - 1 - Les organes administratifs

L'Hôpital Provincial de Mongo compte en son sein les organes administratifs suivants :¹²³

- Le Conseil d'Administration ;
- Le Conseil de Direction ;
- Le Conseil technique ;
- Le Comité de santé ;
- Le Conseil de santé.

¹²⁰PPDSG, *op.cit.*, p.6.

¹²¹ Rapport d'Activités de l'HPM, p.10.

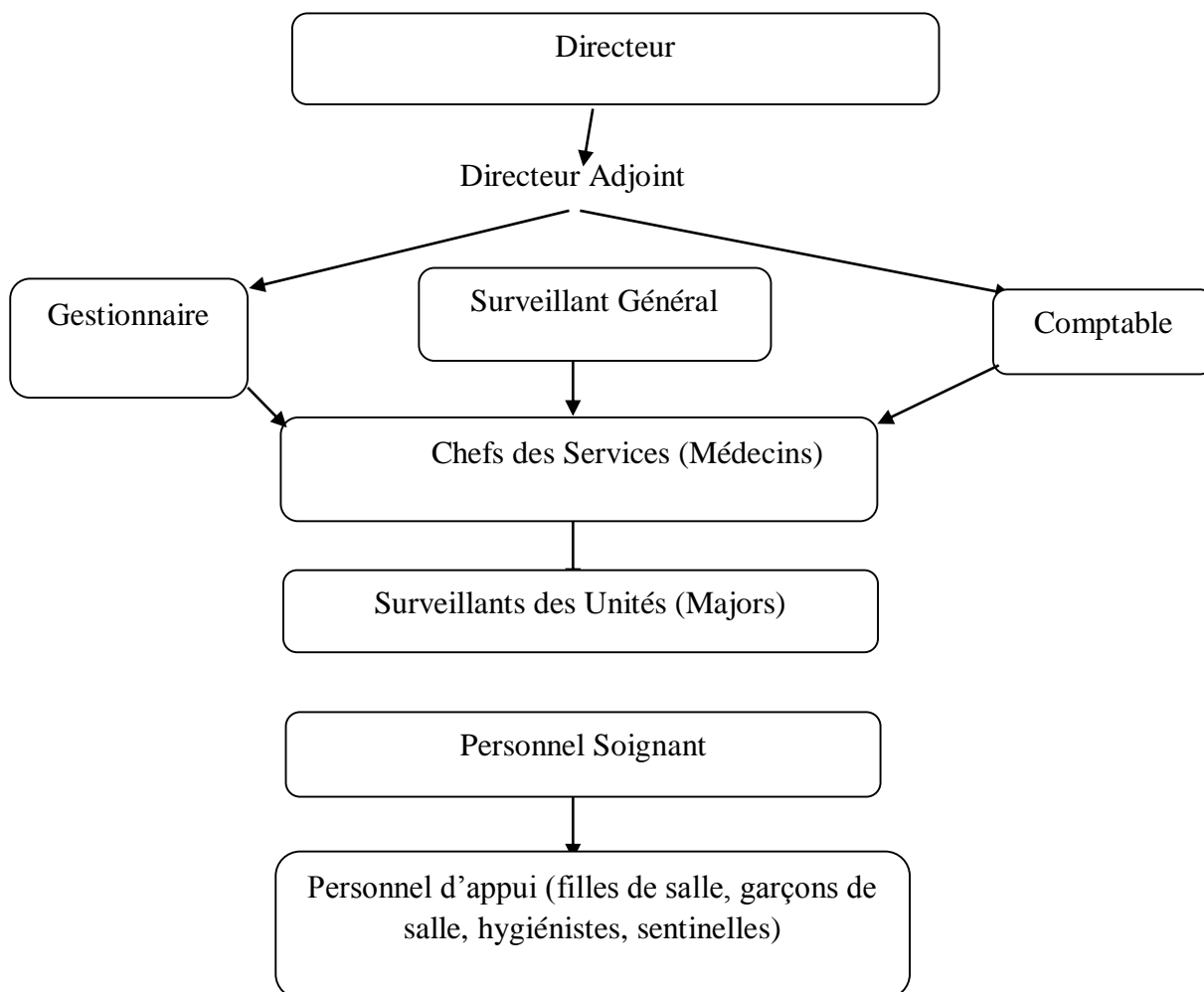
¹²² Ibidem.

¹²³ Ibidem.

3 - 2 - 2 - Organisation interne

Dans son organisation interne, l'Hôpital Provincial de Mongo est structuré selon l'ordre suivant :

Graphique N°1 : Organigramme de l'HPM



III - 3 - RESSOURCES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO

3 - 3 - 1 - Ressources Humaines

Tableau 2 : Ressources Humaines de l'HPM

Désignation	Nombre
Médecin gynécologue-obstétricien	01
Médecin généraliste	06
Pharmacien	02
Administrateur des Hôpitaux	02
Gestionnaire	01
Technicien Supérieur en Laboratoire	04
Technicien de Laboratoire	03
Technicien Supérieur en Pharmacie	01

Infirmier Diplômé d'Etat /Sage-Femme Diplômée d'Etat	5
Agent Technique de Santé	10
Technicien en Ophtalmologie	01
Technicien en Imagerie médicale	02
Chauffeur	02
Technicien en ORL	01
Technicien Supérieur en Odontologie	01
Technicien Supérieur en Anesthésie-réanimation	02
Technicien Supérieur en soins infirmiers et obstétricaux	05
Agent Technique de Santé Accoucheuses	02
Agent Comptable Publique	01
Caissier	01
Maintenancier	02
Garçons de salle	22
Agent de Sécurité	05
Cuisinière	03
Total	57

Source : Rapport d'Activités de l'HPM.

3 - 3 - 2 - Ressources Matérielles

Tableau 3 : Nombre de Lits Installés par Service à l'HPM

Services	Lits
Chirurgie	28
PU	12
Maternité	24
Pédiatrie	53
Médecine	24
Total	136

Source : Rapport d'Activités de l'HPM.

Conformément aux recommandions du PNDS 4, nous observons un écart lié aux ressources humaines et matérielles à l'hôpital provincial de Mongo.

D'après le Directeur de l'hôpital interrogé à ce sujet :

Sur le plan national du développement des ressources humaines du Ministère de la Santé Publique du Tchad, un hôpital de cette taille doit avoir 139 agents toutes catégories socio-professionnelles parmi lesquelles une dizaine de spécialistes alors que, nous, on n'atteint même pas encore la moitié. Si on prend le PNDS du Tchad d'une manière générale, il faut 22.000 agents pour faire fonctionner notre système de santé actuel alors que nous sommes environ

10.000 agents. Donc on n'atteint pas les 50% des personnels nécessaires pour faire fonctionner les services de santé comme il le faut conformément aux recommandations du PNDS.¹²⁴

Par ailleurs, selon le PAO, les centres de santé, les hôpitaux de districts et l'hôpital provincial de Mongo font face à un manque sur le plan de ressources matérielles notamment :¹²⁵

- Les générateurs indispensables pour la vie des formations sanitaires sont à 88,25% amortis et constamment en panne,
- La disponibilité en outils informatiques et autres matériels de bureau en moitié vétuste,
- L'insuffisance des ambulances bien qu'indispensable, leur gestion constitue un défi majeur (manque des moyens financiers pour leur entretien, manque de formation des chauffeurs sur la gestion des ambulances, non prise en charge des chauffeurs, réquisitions intempestives par certaines autorités locales)

Ces dysfonctionnements constituent un véritable problème pour répondre aux demandes des populations.

En dehors de ces lits dans les différents services, l'Hôpital Provincial de Mongo est doté de quelques matériels de travail à savoir :

- Deux (02) ambulances non médicalisées ;
- Quatre (04) groupes électrogènes dont un en panne ;
- Trois (03) ordinateurs ;
- Une (01) photocopieuse ;
- Quinze (15) imprimantes ;
- Dix (10) réfrigérateurs ;
- Trois (03) tables d'opération ;
- Deux (02) tables d'accouchement ;
- Un (01) aspirateur ;
- Un (01) autoclave ;
- Deux (02) poubelles ;

¹²⁴ Entretien avec le Directeur de l'hôpital, le 02/07/2023 à HPM.

¹²⁵ PAO 2023, *Op.cit.*, p.28.

- Un (01) appareil de radiographie médicale ;
- Un (01) appareil d'échographie ;
- Deux (02) microscopes ;
- Deux (02) centrifugeuses
- Un (01) fauteuil dentaire.

3 - 3 - 3 - Ressources Financières

Les ressources financières de l'Hôpital Provincial de Mongo proviennent des subventions et des recettes propres provenant des prestations de services.¹²⁶

IV - SERVICE DES URGENCES : ROLE ET FONCTIONNEMENT

1 - Rôle du service du service des urgences

Selon les explications d'un médecin lors d'un entretien :

Quand on reçoit un patient ici, premièrement ce sont les infirmiers qui vont prendre les paramètres vitaux. Quand on dit paramètres vitaux, c'est la température, la tension artérielle, poids, taille, tout ça font parmi des paramètres vitaux. S'il y a une altération là par exemple, s'il y a une fièvre tellement élevée, il faut agir vite pour casser la fièvre. S'il y a la tension qui est tellement élevée, il faut chercher à diminuer la tension artérielle c'est comme ça, ce qu'on fait ici dans notre service des urgences¹²⁷

Le rôle du service des urgences est de venir en aide aux patients qui se retrouvent en situation d'urgence, c'est-à-dire ceux qui présentent une fièvre élevée, des convulsions ou tout autre type d'urgence qui exige une prise en charge rapide.

Aissam BELADAI, les établissements de santé ont pour activité principale la prestation de soins, qu'il s'agisse : ¹²⁸

- De soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie, psychiatrie;

¹²⁶ Rapport d'Activités de l'HPM, p.13.

¹²⁷ Entretien avec un Infirmier Diplômé d'Etat, le 12/07/2023 à HPM.

¹²⁸ Aissam BELADAI, *Op.cit.*, p.6.

- De soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion ;
- De soins de longue durée à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Ils s'opposent aux établissements sociaux et médico-sociaux pour lesquels la délivrance de soins n'est pas l'activité principale. L'hospitalisation ne forme pas un ensemble homogène ; coexistent en effet des établissements publics et privés dont l'organisation administrative et financière, le statut juridique et les missions diffèrent.¹²⁹

Selon l'OMS, les soins d'urgences sont une plateforme intégrée permettant de fournir des services de soins de santé urgents en cas de maladie ou de traumatisme aigus à toutes les étapes de la vie. Le système de soins d'urgence qui fournit ces services va des soins sur place jusqu'aux soins dispensés par le service des urgences en passant par le transport, et il assure, au besoin, l'accès rapide à des soins chirurgicaux et intensifs.¹³⁰

2 - Le fonctionnement du service des urgences

Pilier central de tout établissement hospitalier, le service des urgences est organisé de manière à prendre en charge 7j/7 et 24h/24 les soins urgents non programmés avec un maximum d'efficacité. Le rôle du service des urgences est d'accueillir tous types de patients, sans sélection, et c'est 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en cas d'urgence vitale ou non. Dès leur arrivée, une sorte de tri s'opère pour permettre de soigner prioritairement les blessés les plus graves. Il existe chez les urgentistes quatre types d'urgences à prendre en charge :¹³¹

- Les urgences vitales (celles qui seront donc traités en premier) ;
- Les urgences fonctionnelles : blessures, maladies, qui entraînent un pronostic lourd et assez urgent ;

¹²⁹ Aissam BELADAI, *Op.cit.*, p. 10.

¹³⁰ OMS, *Soins d'urgence et traumatologie. Systèmes de soins d'urgence en vue de la réalisation de la couverture universelle : assurer des soins rapides pour les personnes gravement malades ou blessées*, Avril 2019, p.1.

¹³¹ <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/Fiche.aspx?doc=services-urgence#:text=Le%20r%C3%B4le%20du%20service%20des%20bless%C3%A9s%20les%20plus%20graves>. Consulté le 30/05/2024 à 12h50.

- Les urgences ressenties : le patient est angoissé et se sent mal mais ne présente pas de danger absolu ;
- Les urgences sociales : la personne se rend aux urgences parce qu'elle ne sait pas vers qui se tourner ou se retrouve dans une situation difficile. Elle sera le plus souvent orientée vers un service de police ou un assistant social. Il ne s'agit pas d'une urgence médicale à proprement parler.

Selon les explications du chef de service des urgences :

Le service des urgences fonctionne à H24, c'est-à-dire 24h/24 ; 7j/7 nous sommes disponibles à tout moment. Maintenant ceux qui viennent le matin finissent à 14h. Chaque jour, ça commence de 7h30 à 14h ; et à partir de 14h, il y aura le médecin de garde et les infirmiers de la même manière. Sauf le vendredi et le samedi c'est jusqu'à 12h pour les médecins et pour les infirmiers aussi et puis l'équipe de garde vient. Sinon les autres jours, c'est de 7h30 à 14h. Nous sommes en permanence H2, n'importe quelle heure tu peux trouver un médecin généraliste. Il faut bien préciser dans ton étude là. Médecin généraliste pas un médecin spécialiste ici aux urgences. Il n'y a pas un médecin urgentiste, c'est un médecin spécialisé dans les urgences.¹³²

Le service des urgences est la porte d'entrée de l'hôpital, il fonctionne 24h/24 ; 7j/7. Chaque patient admis à l'hôpital, doit passer par le service des urgences. Après stabilisation de sa santé, soit le patient est libéré, soit il est transféré dans un autre service d'hospitalisation pour un traitement continu. Quelques cas font exceptions et qui ne sont pas pris en charge au service des urgences, le cas des femmes enceintes qui sont directement orientées vers le service de gynéco-obstétrique.

V - STRUCTURES ORGANISATIONNELLES DU SERVICE DES URGENCES

D'après les informations du chef de service des urgences sur les structures du service des urgences :

Le service des urgences est organisé surtout sur la consultation, la prise en charge du patient. Notre organisation est qu'on a une seule salle de soin. Ici, on ne fait pas la séparation entre urgence chirurgicale et urgence médicale. Une urgence, c'est une urgence. On n'a pas deux salles de soins, on a qu'une seule salle de soin pour les urgences médicales et pour les urgences chirurgicales. Maintenant quand un

¹³² Entretien avec le chef de service des urgences, le 24/07/2023 à HPM.

*patient qui vient pour un cas urgent, si on trouve un cas d'urgence, c'est le médecin qui vient constater, il vient consulter et il donne des instructions aux infirmiers sur l'application du traitement et sur le bilan. Ici, ce qui est bien est qu'on peut avoir des examens à n'importe quelle heure. Le labo est disponible à H24. Tu peux demander un examen et avoir des résultats surtout les résultats urgents. On peut transfuser les malades à tout moment.*¹³³

1 - La médecine d'urgence pré hospitalière

La médecine d'urgence pré hospitalière est la médecine hors les murs de l'hôpital, va à la rencontre de toute personne en détresse, en alliant rapidité et efficacité. Au début, les secours apportés aux malades relevaient de la charité individuelle, puis l'assistance/aide de la collectivité publique aux individus dans le besoin a pris le dessus. L'autorité publique s'implique donc petit à petit et ne laisse plus à l'appréciation des particuliers la décision de l'aide à apporter.

134

L'histoire de la médecine d'urgence pré hospitalière suit l'évolution du concept de solidarité, associé tant aux progrès technologiques qu'aux grands conflits humains. Les années 50 ont vu l'arrivée des pionniers de l'aide médicale d'urgence, et le développement du concept d'urgence pré hospitalière. Aujourd'hui, l'aide médicale d'urgence (AMU) est une composante nécessaire et essentielle du système sanitaire.¹³⁵

2 - La médecine d'urgence hospitalière

Dans le passé, les services des urgences ont toujours existé. Depuis l'origine, l'hôpital était le lieu où tout le monde était reçu, en particulier les plus démunis. Tout hôpital d'une certaine importance recevait, de fait, les « urgences » suivant des procédures déterminées par les médecins et les administrateurs hospitaliers. Il existait un local ou une unité géographique où étaient reçues les personnes qui se présentaient ou étaient amenées au début par la Police (le 17) puis par les pompiers (le 18) avant la création des SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente).¹³⁶

Les patients étaient examinés et traités par les internes ainsi que les externes dans les Centres Hospitaliers Universitaires et par les internes dans les Centres Hospitaliers Généraux. Il n'existait pas encore de médecins référents ou seniors aux urgences. Ce mode de

¹³³ Entretien avec le chef de service des urgences, le 24/07/2023 à HPM.

¹³⁴ Aissam BELADAI, *Op.cit.*, p.8.

¹³⁵ Ibidem.

¹³⁶ Idem., p.9.

fonctionnement a été modifié au cours des années 80. Nombre de spécialistes, souvent des anesthésistes-réanimateurs ou des réanimateurs médicaux parfois des chirurgiens ont eu la lourde tâche de créer, structurer et organiser ces services.¹³⁷

Début des années 1990, le premier rapport publié au Conseil Économique et Social a souligné l'importance et l'individualisation des services d'urgences qui devaient être des entités spécifiques, fonctionnant 24 heures/24 sous la responsabilité d'un médecin spécialement formé aux urgences. Tous les patients doivent être examinés par un médecin qualifié. C'est d'ailleurs à cette époque qu'apparaît le néologisme d'urgentiste.¹³⁸

De cette réflexion a été publiée une circulaire en mai 1991 qui pose les premières bases législatives du bâtiment urgence. Cette circulaire est un véritable guide d'organisation des services hospitaliers d'urgence car elle pose les principes toujours actuels de l'accueil, d'un secteur d'examen, d'une hospitalisation de courte durée et d'une possibilité d'hospitalisation en aval. Mais elle précise aussi la possibilité de faire appel à des spécialistes (médecins, chirurgiens, psychiatres ou autres spécialités) en cas de besoin.¹³⁹

3 - Accessibilité aux soins d'urgence

Dans sa définition la plus large, l'accessibilité est l'un des déterminants principaux de la relation entre l'offre et la demande d'un système donné. Elle peut être modélisée selon quatre dimensions complémentaires et interconnectées (accessibilité géographique, disponibilité, commodité, acceptabilité), qui en traduisent la complexité et rendent ainsi son analyse difficile pour les systèmes pré hospitaliers. De plus, la médiation de facteurs socioéconomiques et culturels propres à chaque territoire et à chaque sous-population limite la comparabilité entre les différents systèmes internationaux.¹⁴⁰

En effet, certains considèrent le rôle du système de santé est secondaire dans la constitution des états de santé des individus, car les déterminants organisationnels et géographiques des inégalités d'accès aux soins semblent englobés dans une dimension socioéconomique plus large. La situation socioéconomique s'accompagne souvent d'un faible niveau de culture de santé, qui traduit la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur

¹³⁷ Aissam BELADAI, *Op.cit.*, p.9.

¹³⁸ Adolphe STEG, *L'urgence à l'hôpital*, Revue Hospitalière de France, 1989, pp. 621–629.

¹³⁹ Vincent GERARD, *Urgences états des lieux, quelle évolution ?* info en santé. Lettre n°13, 2007, p.67.

¹⁴⁰ Roy PENCHANSKY et Thomas WILLIAM, The concept of access : definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, 1981, pp. 27-40.

santé, ainsi que de discordances entre santé perçue et état de santé réel. Les patients les plus défavorisés ont un état de santé de base plus fragile et une espérance de vie plus faible en raison de comorbidités, de pathologies chroniques et de pratiques à risque plus fréquentes, ou d'emplois plus précaires et plus physiques. De ce fait, les populations des zones urbaines d'habitation défavorisées présentent généralement un moins bon état général que celles des zones plus favorisées.¹⁴¹

VI - URGENCE ET ORGANISATION

Giovanni GASPARINI soutient que « *l'urgence est en passe de devenir une composante ou un ingrédient presque normal de la vie quotidienne et des dynamiques organisationnelles* ». ¹⁴² Or un service d'urgence est une organisation, ou du moins un sous-système appartenant à un système organisationnel plus vaste. L'urgence constitue alors la finalité de l'action, et non une simple composante latente de la vie de l'organisation. Pour autant, le service des urgences sont également confrontés à la prégnance de plus en plus marquée de l'urgence dans la vie organisationnelle : cette évolution implique que des éléments ne tenant pas à la prise en charge du patient menacé dans son pronostic vital, mais à l'organisation globale du service, se voient estampillés du caractère urgent. La notion d'urgence est alors extraite du contexte médical qui est presque systématiquement le sien lorsque l'on se réfère à l'hôpital, pour prendre une dimension managériale qui n'est pas spécifique aux urgences, mais emporte des conséquences non négligeables sur l'organisation de la prise en charge de l'utilisateur dans le service d'urgence.¹⁴³

Ce lien entre l'urgence et l'organisation implique pour le service des urgences un paradoxe qui mérite d'être relevé. En effet, l'association du concept d'urgence à celui d'organisation, notamment lorsqu'est abordée la question de la décision, débouche généralement sur la notion de crise. Jean-Louis DARREON évoque la place de l'urgence par rapport à la crise en précisant que :

La crise, c'est l'urgence plus la déstabilisation. Or le traitement des urgences hospitalières consiste précisément à faire face à l'urgence sans que celle-ci n'entraîne de déstabilisation de l'organisation. La crise, qui menace les objectifs

¹⁴¹ Roy PENCHANSKY et Thomas WILLIAM, *Op.cit.*, pp. 27-40.

¹⁴² Giovanni GASPARINI, « *Temps, organisation et urgence* », Sciences de la société, n°44, Mai 1998, pp.23-37.

¹⁴³ Noémie SAINT-HILAIRE, *Le processus de prise en charge et la dynamique de flux aux urgences. Etats des lieux et propositions pour le service d'UPATOUC du CH de Lannion - Trestel*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes, 2005, p.11.

fondamentaux de l'organisation » et s'accompagne (...) d'un effondrement du système de valeurs ne doit en aucun cas être le corollaire de l'urgence (entendue dans un sens médical) dans le milieu hospitalier. L'organisation doit intégrer l'urgence sans que sa stabilité ne soit aucunement remise en cause par l'urgence même. Ce n'est plus alors l'urgence qui influe, par la pression temporelle qu'elle exerce sur les acteurs, sur une organisation subissant, mais bien l'organisation qui se construit volontairement autour du concept de l'urgence.¹⁴⁴

Cette spécificité a des implications sur la conception du travail en service d'urgence. Nicole Aubert explique que :

Dans les organisations en état d'urgence, l'unité de temps est optimisée et le temps est entièrement absorbé au service de la performance. Tout aléa induit donc systématiquement un syndrome de manque de temps.¹⁴⁵

On peut en déduire que le manque de temps est une impression latente et permanente dans un service d'urgence, qui pour autant ne remet pas en question le bon fonctionnement du service. Il s'agirait d'une conséquence de la finalité de l'action plus que d'une insuffisance organisationnelle. On doit cependant se garder de toute conclusion hâtive : des dysfonctionnements d'ordre organisationnel peuvent incontestablement engendrer une mauvaise gestion du temps, donc un sentiment de perte de temps. Cette évocation du « sentiment » de perte de temps renvoie à la perception que l'individu peut se faire du temps, et, partant, de l'urgence. Ainsi, pour Nicole AUBERT :

Notre époque est en train de vivre une mutation radicale dans son rapport au temps, considère que cette mutation affecte profondément notre manière de vivre et de travailler et contribue à l'émergence d'un nouveau type d'individu, flexible, pressé, centré sur l'immédiat, le court terme et l'instant.¹⁴⁶

Le manque de temps si régulièrement évoqué par les acteurs des services des urgences participerait d'une évolution sociétale globale, rendue plus perceptible peut être dans un secteur où le manque de temps a des conséquences touchant à la santé, voire à la vie des individus.

¹⁴⁴ Jean-Louis DARREON, « Urgence(s) en débat », Sciences de la société, n°44, Mai 1998, pp.4-17.

¹⁴⁵ Nicole AUBERT, *Le culte de l'urgence, la société malade du temps*, Paris, Flammarion, 2003, p.193.

¹⁴⁶ Idem, p.194.

1 - Prise en charge de l'utilisateur à l'hôpital : la dialectique usager / service public et la recherche de la satisfaction du patient

De même que le corps humain et la pathologie sont dans le domaine de la médecine un objet de connaissance, l'utilisateur est d'abord l'objet de la prise en charge hospitalière. En effet, la relation de l'utilisateur à sa prise en charge a longtemps été caractérisée par son sens unilatéral : l'utilisateur, passif, recevait, voire subissait, le soin. Son rôle est aujourd'hui plus actif, en raison notamment des droits qui lui ont été juridiquement consentis, mais aussi d'une évolution de la conception de la prise en charge par les soignants eux-mêmes. Dans ce nouveau contexte, la notion de la satisfaction de l'utilisateur prend une importance particulière, dans la mesure où elle devient un indicateur important de la qualité de la prise en charge, du moins au regard des attentes spécifiques de l'utilisateur.¹⁴⁷

2 - L'utilisateur, objet de la prise en charge à l'hôpital

L'hôpital, dans sa mission première d'accueil des miséreux, fonctionnait selon une logique globale, puisqu'il offrait une combinaison de services indispensables à la survie : l'hébergement, l'habillement, la nourriture. Mais à partir du 20^{ème} siècle et surtout au cours du siècle suivant, c'est une médecine rationnelle, fondée sur l'étude de la pathologie, sur une conception mécanisée d'un être humain en tant que somme d'organes, qui a fait irruption à l'hôpital puis se l'est progressivement approprié. Dès lors, le malade est devenu un objet de la prise en charge, son existence à l'hôpital ne découlant que de sa pathologie. Objet de connaissance tant que l'on se situe dans le domaine du diagnostic, puis objet d'intervention à partir de la mise en place du processus thérapeutique.¹⁴⁸ Ainsi que le constate François-Xavier SCHWEYER, « *le malade disparaît derrière la maladie, et devient objet de connaissance autant que de soins* ». ¹⁴⁹ Dans un tel contexte, la question de la satisfaction de l'utilisateur ne trouve guère de place. L'organisation doit prendre en charge un organisme malade qu'il convient de soigner, et non un individu plus ou moins exigeant qu'il faut satisfaire.¹⁵⁰

De cette évolution a découlé une organisation hospitalière fondée sur les services et les disciplines médicales. François-Xavier SCHWEYER le constate en expliquant que « *l'hôpital ne connaît pas le malade mais les maladies et les parties du corps qui fondent son principe de*

¹⁴⁷ Noémie SAINT-HILAIRE, *Op.cit.*, p.18.

¹⁴⁸ Idem, p.19.

¹⁴⁹ François-Xavier SCHWEYER, « *Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public* », in *les usagers du système de santé, sous la direction de Geneviève CRESSON et François-Xavier SCHWEYER*, Editions ENSP, 2000, p.37.

¹⁵⁰ Ibidem.

fonctionnement ». ¹⁵¹ Partant, les logiques individuelles (ou les logiques de services, qui au regard de l'hôpital en tant que collectivité publique sont encore des logiques individuelles) se sont développées au détriment de la globalité de la prise en charge, avec les cloisonnements qui en découlaient logiquement.

Aujourd'hui, la tendance politique est à la lutte contre cette logique de fonctionnement, et l'objectif de placer ou de replacer le patient « au centre du dispositif de soins » devient le leitmotiv incontournable de toutes les politiques d'établissement, de l'hôpital local au CHU. ¹⁵² Pourtant, cette conception résolument axée sur la recherche de transversalité et sur le dépassement des clivages professionnels, bien que source d'améliorations certaines en ce qui concerne la prise en charge du patient, ne remet pas systématiquement en question la notion d'usager en tant qu'objet du soin. Le patient peut toujours être un objet de prise en charge même si cette prise en charge est désormais déclinée à l'aune de la pluridisciplinarité. Certes, la pluridisciplinarité permet de dépasser la pathologie et l'organe stricto sensu, et favorise une prise en charge globale du patient en tant que personne, sur le plan physique mais aussi sur le plan psychologique. Cette évolution est particulièrement tangible en ce qui concerne la prise en charge en réseau qui se développe dans des domaines de plus en plus variés. Mais la globalité d'une prise en charge déclinée autour d'un patient considéré comme le centre du dispositif ne remet pas nécessairement en cause la passivité de ce patient. Certes, ce n'est plus une simple partie de son corps qui est l'objet du soin, c'est sa personne dans son intégralité qui est l'objet de la prise en charge. La place de l'usager est élargie, il n'est plus seulement objet de connaissance et d'intervention, il devient l'objet de l'organisation de la structure. Mais ce n'est pas la recherche de globalité qui est véritablement à l'origine de l'évolution de la conception du patient : ce dernier demeure l'objet de la prise en charge même lorsque celle-ci est centrée sur le patient. L'usager, objet de la prise en charge, se situe selon cette logique dans une relation unilatérale avec le service public hospitalier. Pourtant, si l'on considère que l'usager est et demeure l'objet de la prise en charge, on ne saurait affirmer que l'usager n'est que l'objet de la prise en charge. ¹⁵³

¹⁵¹ François-Xavier SCHWEYER, *Op.cit.*, p.37.

¹⁵² Noémie SAINT-HILAIRE, *Op.cit.*, p.20.

¹⁵³ *Ibidem*.

Toute hospitalisation est un moment dans la trajectoire du malade et celui-ci contribue à son déroulement : même « objet de soins, le malade participe à sa prise en charge, ne serait-ce qu'en négociant sa bonne volonté, sa compliance disent certains.¹⁵⁴

3 - L'utilisateur, acteur de sa prise en charge

L'utilisateur, le malade, ne reste pas confiné dans un rôle de subissant. Indirectement, par son comportement, ou de manière beaucoup plus délibérée, l'utilisateur est aussi un acteur du système hospitalier. Tout d'abord, l'utilisateur est un acteur en amont de la prise en charge, grâce à la liberté de choix dont il dispose. François-Xavier SCHWEYER souligne :

Qu'au cours des séjours d'hospitalisation, le malade peut être un acteur à part entière à qui l'on délègue une part du travail de soin, ou qui peut négocier l'obtention d'informations, de médicaments, de conditions de séjour améliorées. Dans ce cas, le malade essaye de composer avec l'ordre établi pour garder une partie de la maîtrise de la situation. Mais le développement de l'utilisateur – acteur résulte également d'une nouvelle approche de l'utilisateur parfois perçu comme un client qu'il faut attirer et satisfaire. Cette conception de l'utilisateur qui se réfère à l'attractivité de l'hôpital public en situation de concurrence conduit l'exigence de qualité et donc de satisfaction du client [à devenir] un véritable enjeu stratégique pour les établissements.¹⁵⁵

Cette situation de l'utilisateur par rapport à sa prise en charge procède d'une double évolution. Politiquement et juridiquement, l'utilisateur a été encouragé, par la mise en œuvre de nouveaux outils juridiques, à jouer un rôle plus actif dans le traitement de sa pathologie. C'est dans la même logique, mais dans une optique plus globale, que l'utilisateur a pu prendre une place dans le fonctionnement institutionnel de l'établissement hospitalier, en participant aux conseils d'administration, aux commissions de relation avec les usagers.¹⁵⁶ Cependant, le passage de l'utilisateur objet de la prise en charge à l'utilisateur acteur ne constitue pas une évolution linéaire, mais se situe plutôt dans une logique de juxtaposition. Le patient reste l'objet du soin et plus largement de l'organisation, mais il devient, simultanément, un acteur dans un certain nombre de domaines, ce rôle d'acteur étant largement favorisé par la place que l'on accorde à la satisfaction du patient dans la structure. Cette place peut naturellement varier considérablement d'une structure à l'autre, mais son importance croît nécessairement en fonction du

¹⁵⁴ François-Xavier SCHWEYER, *Op.cit.*, p.37.

¹⁵⁵ Ibidem.

¹⁵⁶ Pierre-Henri BRECHAT, « Evaluation de la qualité des soins et agrément : prise en compte de l'utilisateur dans la province du Québec au Canada », in *Les usagers du système de santé*, pp.31-36.

développement par l'utilisateur d'une position de plus en plus active. La recherche, et donc la mesure, de la satisfaction de l'utilisateur est sans doute l'élément le plus caractéristique du glissement de l'utilisateur d'une position d'objet de soin vers un rôle d'acteur. Dès lors, on perçoit toute l'importance que revêt la question de l'évaluation du degré de satisfaction de l'utilisateur suite à son séjour à l'hôpital.¹⁵⁷

VII - LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS AUX URGENCES : SUBJECTIVITE DE L'URGENCE ET SPECIFICITES DES USAGERS

La première particularité d'un service d'urgence est contenue dans son appellation ; toute l'organisation en effet d'un tel service tourne autour de la prise en charge, non de pathologies relatives à un organe défini, mais de situations qui pour être d'urgence n'en sont pas toutes urgentes. Cette finalité du service des urgences entraîne deux conséquences principales en terme de relations avec les usagers. D'une part, la question du temps et de l'urgence, éminemment subjective, mérite d'être discutée. D'autre part, un tel mode de prise en charge engendre la confrontation du service à une grande diversité de cas : les dimensions de l'utilisateur des urgences sont multiples. Enfin, dans une perspective plus méthodologique, on constate qu'une étude du processus de prise en charge aux urgences justifie de retenir une approche par les flux.¹⁵⁸

1- Prise en charge urgente et prise en charge aux urgences

D'emblée, lorsqu'on évoque la question de l'urgence dans la prise en charge médicale, on est confronté à plusieurs paradoxes. Le premier paradoxe des urgences est qu'on ne traite pas aux urgences seulement des cas urgents. Dès lors, se profile d'une part la question de l'établissement de priorités et du tri des patients, mais aussi celle de la perception de l'urgence. Giovanni GASPARINI considère que si « *l'urgence est généralement définie comme la nécessité d'agir vite, sans retard, en toute hâte, (...) [elle] n'a pas seulement à voir qu'avec la vitesse* ». ¹⁵⁹ En effet, il situe l'urgence à l'intersection de ce qu'il considère comme les deux dimensions générales du temps. La première dimension, le « chrono », ramène justement, par le biais de la succession du temps qu'elle évoque, au fait d'agir sans délai, et donc à la conception quantitative du temps. En revanche, la deuxième dimension, le « kairos », indique le moment favorable à saisir : elle suggère que l'on intervienne au bon moment c'est à dire à

¹⁵⁷ Noémie SAINT-HILAIRE, *Op.cit.*, p.22.

¹⁵⁸ Idem, p.26.

¹⁵⁹ Giovanni GASPARINI, *Op.cit.*, p.22.

un moment qui demande à être reconnu, cerné et géré.¹⁶⁰ Cette seconde dimension renvoie au caractère qualitatif du temps, à l'efficacité de l'action imprégnée d'urgence. Si l'on se réfère à un patient qui se considère en situation d'urgence, sa perception de l'urgence n'aurait donc pas qu'un caractère quantitatif, le degré d'urgence augmentant avec le temps qui s'écoule. Elle comporterait également à une dimension qualitative qui se référerait à l'efficacité du traitement de la situation d'urgence, et à l'adéquation de la prise en charge avec cette urgence.¹⁶¹

Nicole Aubert s'est interrogée sur les rapports de la société et de l'individu au concept d'urgence. Elle montre comment l'urgence et l'instantanéité sont devenues des éléments de la normalité sociale et économique, et les impacts que présente une telle évolution sur les individus qui vivent l'urgence entre jouissance et épuisement, jusqu'à présenter parfois des pathologies de l'urgence.¹⁶² Si cette réflexion n'a pas de lien direct avec la question de la prise en charge de l'urgence médicale, elle met cependant en exergue certaines caractéristiques de la perception du temps et de l'urgence qui ne sont pas sans conséquences sur le domaine de l'urgence médicale. En effet, dans une société où tout devient urgent, où la valeur d'une action se mesure à sa vitesse d'exécution, où une coupe de cheveux ou la livraison d'un plat cuisiné peuvent prendre des caractères d'urgence sans rapport aucun avec leur objet, on peut concevoir que des individus souhaitent voir leurs problèmes de santé pris en charge de manière immédiate, même s'ils ne sont pas médicalement urgents. Les services des urgences, dont la finalité demeure bien la prise en charge de l'urgence médicale, peuvent alors se trouver confrontés à des situations où la compréhension n'est plus possible, les perceptions respectives de l'urgence par le patient et par le professionnel de santé se référant à des valeurs fondamentalement différentes.¹⁶³

2 - L'attente aux urgences

La prise en charge aux urgences implique un second paradoxe, immédiatement perceptible en cas de visite d'un service d'urgence à une heure de pointe : l'urgence n'attend pas, mais on attend aux urgences. L'explication de cette contradiction réside évidemment dans un niveau de fréquentation toujours plus élevé. Mais ce paradoxe procède également de deux éléments : d'une part, de l'accueil de plus en plus fréquent de situations non urgentes, médicalement parlant, dans un service d'urgence, et d'autre part de la hiérarchisation effectuée

¹⁶⁰ Giovanni GASPARINI, *Op.cit.*, p.22.

¹⁶¹ Ibidem.

¹⁶² Nicole Aubert, *Op.cit.*, p.194.

¹⁶³ Ibidem.

entre des situations présentant un véritable caractère d'urgence, mais à un degré variable. Là encore, les variations des attitudes des usagers des urgences face à l'attente résultent de la subjectivité de la perception d'un élément pourtant mathématiquement mesurable : le temps.¹⁶⁴

Les services des urgences font face à une augmentation continue de leur activité, dont les conséquences sont un engorgement des services et un allongement des temps d'attente et de passage des patients. L'intérêt d'une réflexion sur la question de l'attente aux urgences réside dans les problèmes que pose cette attente, puisqu'elle engendre l'insatisfaction des patients, dégrade les conditions de travail des professionnels, et est parfois responsable d'une moindre qualité des soins et d'une recrudescence des actes violents.¹⁶⁵

L'attente aux urgences est donc un motif d'insatisfaction pour les patients, et on a vu l'importance que revêtait désormais cette question de la satisfaction de l'utilisateur dans le milieu hospitalier. C'est d'abord un motif d'insatisfaction direct, en rapport avec l'attente elle-même. Néanmoins, le degré d'insatisfaction généré par l'attente dépend en grande partie de la subjectivité du rapport au temps de l'individu. Il est en outre lié à sa perception de l'urgence à laquelle il est confronté, dont on a vu qu'elle était également subjective et influencée par l'évolution de la place sociétale accordée à l'urgence.¹⁶⁶

Marie-Josée VEGA explique que, l'urgence, comme l'attente, fait ressurgir avec acuité la complexité et la singularité du temps, et est très significative de la dimension du temps subjectif. C'est donc le ressenti de l'attente et non l'attente elle-même qui provoque l'insatisfaction.¹⁶⁷

Par ailleurs, l'attente aux urgences peut provoquer un mécontentement indirect lié à la diminution de la qualité du service rendu, notamment dans le domaine relationnel. Le stress et la fatigue générés pour le personnel par l'engorgement du service atteignent d'un point de vue quantitatif et qualitatif des relations que les agents des urgences et les médecins entretiennent avec les patients. Enfin, l'effervescence qui règne dans un service bondé peut susciter chez le patient des interrogations quant à la qualité de la prise en charge médicale, les conditions de travail n'étant pas optimales pour effectuer diagnostics et traitements dans la sérénité.¹⁶⁸

¹⁶⁴ Noémie SAINT-HILAIRE, *Op.cit.*, p.28.

¹⁶⁵ Ibidem.

¹⁶⁶ Marie-Josée VEGA, « *Le temps de l'urgence et l'urgence du temps* », Soins, n°664, Avril 2002, p.24

¹⁶⁷ Ibidem.

¹⁶⁸ Noémie SAINT-HILAIRE, *Op.cit.*, p.29.

**DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DE
L'ORGANISATION DU SERVICE DES
URGENCES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE
MONGO**

**CHAPITRE III : REPRESENTATIONS SOCIALES DES
PATIENTS SUR L'ORGANISATION DU SERVICE DES
URGENCES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO**

Dans ce troisième chapitre, nous nous interrogeons sur quelques questions : Quelles sont les représentations des patients sur l'organisation du système de santé au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo ? Quelles sont les interactions entre les personnels soignants et les patients au service des urgences ? Les pratiques des acteurs sont-elles liées à l'organisation du système de santé de l'hôpital provincial de Mongo ?

I - REPRESENTATIONS DES PATIENTS SUR L'ORGANISATION DU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO

Selon deux patients interrogés sur l'organisation du système de santé au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo, leurs avis divergent.

Le premier pense que :

Tu vois la qualité des soins ça me gêne. Parfois on te donne seulement des perfusions, des perfusions et ça ne change rien. Je ne sais pas est-ce qu'ils n'ont pas d'autres produits ou c'est quoi ? Seulement des perfusions. Tu restes comme ça si la santé de la personne ne s'améliore pas, tu prends la personne et vous partez ailleurs ou vous rentrez même. Et on te dit que certains médicaments ne se trouvent pas à l'hôpital donc tu es obligé d'aller chercher ailleurs surtout à la pharmacie de dehors. Et les médicaments là sont chers celui du dehors et même celui de l'hôpital il n'y a aucune différence.¹⁶⁹

Et le deuxième réagit que :

Je suis vraiment satisfait de la qualité des soins. Depuis que nous sommes arrivés, on m'avait dit que j'ai un problème au rein mais Dieu merci ça va mieux même si ce n'est pas à 100%. C'est la qualité des soins qui fait que les gens viennent de loin. Par exemple, nous, on vient de Bitkine c'est à une soixantaine de kilomètres d'ici. On n'a pas fait ailleurs, on est directement venus à l'hôpital de Mongo.¹⁷⁰

Ces deux avis montrent que les représentations des patients sur l'organisation du service des urgences diffèrent d'un patient à un autre. D'après les observations faites sur le terrain, le manque des salles peut influencer sur la qualité des soins et la capacité d'accueil des patients au service des urgences.

¹⁶⁹ Entretien avec un patient, le 05/12/2023 à HPM.

¹⁷⁰ Entretien avec un patient, le 02/07/2023 à HPM.

Bernard HOURS a fait une analyse comparative entre l'hôpital public et les dispensaires sur les plans de l'accueil, des rapports sociaux et de la qualité de formation des soignants. Il souligne l'arrogance, l'absentéisme du personnel et la lenteur des services dans l'hôpital public tandis que dans les dispensaires de mission, le personnel y est dévoué, courtois et les malades y sont servis dans un atmosphère de sympathie de façon égalitaire sans influence de leur niveau socio-économique.¹⁷¹

Photo N°1 : Salle de soin du service des urgences de l'Hôpital Provincial de Mongo



Source : Moustapha Seryabé, photo de terrain prise le 04/10/2023.

1 - Normes d'architecture dans les services des urgences

Le projet de (re) construction d'un service des urgences (SU) se réalise pour l'essentiel au moment du programme avant le concours d'architecte. Les modifications ultérieures ne peuvent être secondaires. Ce programme part d'un projet de service réfléchi, discuté (médecins, soignants, direction) et rédigé. Le projet de (re) construction tient compte d'abord, d'une

¹⁷¹ Bernard HOURS, *Op.cit.*, p.59.

analyse détaillée, et ensuite de la comparaison de l'existant avec des données extérieures (bibliographie, visites d'autres services).¹⁷²

Un groupe de professionnels hospitaliers, comprenant les membres du service, participe au projet en amont, lors de la rédaction du programme, au cours de la rédaction des avant-projets qui sont validés à chaque étape et pendant le suivi, y compris à certaines phases du chantier.¹⁷³

Les grands principes ou concepts de (re)construction doivent être formalisés très tôt et concernent :¹⁷⁴

- Sa situation : le service des urgences est fléché, visible et accessible de la porte principale de l'hôpital par un circuit dédié. Son entrée est distincte de celle des services médicaux de l'hôpital. Il est situé sur un même niveau et de plain-pied. Les liaisons fortes du service des urgences sont identifiées avant sa conception. Il est implanté à proximité de la radio, du bloc opératoire et si possible à proximité de la réanimation et des laboratoires.
- Les circulations : le service des urgences n'est traversé par aucun flux étranger à son activité. Les circulations des patients et des accompagnants ne traversent pas les zones de soins. Les portes sont motorisées dans les circulations principales utilisées par les brancards. La surface de circulation doit être calculée de façon spécifique et comprise dans les surfaces utiles.
- La sectorisation : un service des urgences est réparti en zones fonctionnelles : zone d'accueil, zone de soins, zone technique, zone de service, unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). L'architecture tient compte de la gestion des flux. Selon l'importance des flux, la zone de soins peut être divisée en zones secondaires, plutôt qu'organisée en une seule vaste zone. Dans ce cas, l'architecture, l'organisation, l'équipement de chaque zone secondaire permettent de garder un caractère polyvalent, adaptable à l'évolution des besoins. Les malades sont orientés dans ces zones en fonction de leur pathologie et de leur gravité.

¹⁷²Gérard BLEICHNER et al., *Architecture des services d'urgence. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence*, Paris, Hôpital Broussais Pavillon Leriche, 2004, p.4.

¹⁷³ Ibidem.

¹⁷⁴ Ibidem.

La division de ces zones secondaires ne fait pas l'objet d'un consensus. La sectorisation peut être faite en circuit léger et un circuit lourd. Le circuit léger (ou ambulatoire) est destiné aux malades consommant peu de temps médical ou paramédical, de ressources et permet un examen rapide. Le circuit lourd correspond aux malades, habituellement couchés en brancard, consommant beaucoup de temps et de ressources. La sectorisation peut être faite aussi en un circuit de traumatologie légère et un circuit non traumatologique. La séparation un secteur médecine/ chirurgie n'est pas adaptée à la médecine d'urgence :¹⁷⁵

- La polyvalence des zones : la polyvalence, la flexibilité et l'adaptabilité sont un objectif majeur du fait de l'évolution rapide de l'environnement. La standardisation et l'uniformité des pièces d'examen facilitent l'ergonomie et prise en charge des malades.
- La sécurité : la sécurité est envisagée dès le projet. Elle repose sur plusieurs dispositions qui sont rassemblées dans un « plan sécurité ». L'accès à la zone de soins est réservé aux personnes autorisées : malades, accompagnants, personnels, grâce à des portes à ouvertures commandées.
- La surveillance et la confidentialité : il s'agit parfois d'objectifs contradictoires. L'agencement des locaux doit permettre une surveillance efficace des patients en même temps que la protection (visuelle, acoustique) de leur intimité et de la confidentialité. La séparation par des rideaux, des paravents, des parois incomplètes ou des portes non hermétiques ne permet pas une intimité suffisante ; elles peuvent néanmoins être utilisées dans les zones de surveillance intensive comme les SAUV.
- L'attente des familles et des patients : le principe des services des urgences est la prise en charge immédiate des maladies. Le dimensionnement des urgences doit donc permettre l'admission directe des malades en zone de soin. Néanmoins, les familles et les malades après le triage et dans certaines conditions peuvent devoir attendre. En plus de la salle d'attente des familles à l'extérieur, il y a des salles d'attentes intérieures : dans le secteur léger, dans le secteur pédiatrie où une attente spécifique est indispensable, dans le secteur de radiologie... les attentes ne doivent pas être organisées dans les couloirs.

¹⁷⁵ Gérard BLEICHNER, *Op.cit.*, p.5.

- L'informatique et les technologies nouvelles : le développement des technologies nouvelles en particulier informatique est prévu avant la construction.
- Le stockage : le stockage principal est situé en périphérie du service des urgences et évite la pénétration des livreurs (extérieurs ou hospitaliers) dans le service. Il n'y a pas de stockage terminal, c'est-à-dire dans les salles de soins. Il est remplacé par des chariots de soins équipés.

Des données techniques spécifiques aux services des urgences sont précisées :¹⁷⁶

- Les normes de surface ne peuvent s'appuyer sur aucunes données objectives et n'ont donc pas été fixées. Elles nécessitent une adaptation spécifique aux besoins et aux contextes locaux.
- L'éclairage : l'éclairage en lumière naturelle est favorisé autant que possible.
- La signalétique : le fléchage est facilement visible, si possible depuis la ville.
- L'ambiance : les matériaux (couleur, acoustique, lumière, aspect...) sont choisis pour créer une ambiance susceptible de réduire l'anxiété.
- L'hygiène : l'organisation architecturale peut limiter ou faciliter le risque infectieux et la transmission croisée des infections. Elle implique au moins trois moyens : l'organisation du lavage et de la désinfection des mains, des salles d'examen pour un seul malade et éventuellement l'existence d'une chambre d'isolement.
- Le traitement des surfaces : les matériaux sont choisis pour un usage intensif et un trafic élevé. Ils sont solides et durables.

Le contrôle de la température est assuré dans toutes les circonstances par des dispositifs multiples : protection solaire (stores, film sur les fenêtres), chauffage d'air.¹⁷⁷

Un service des urgences doit être divisé en zones :¹⁷⁸

La zone d'accueil :

Tous les malades se présentant au service des urgences sont accueillis dans une même zone d'accueil et d'orientation. L'entrée des malades arrivant à pied est séparée, jusqu'à

¹⁷⁶ Gérard BLEICHNER, *Op.cit.*, p.6.

¹⁷⁷ Ibidem.

¹⁷⁸ Ibidem.

l'infirmier (e) organisateur de l'accueil (IOA), de ceux arrivant en Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), ambulance ou accompagnés des pompiers. Cette zone permet à l'infirmière ou au médecin d'accueil, avant l'enregistrement administratif, d'examiner rapidement les malades et d'orienter simultanément plusieurs malades debout ou couchés, si possible par des circuits spécifiques, vers la zone de soin qui leur correspond.

La zone de soin :

Les salles d'examen et de soins d'un même secteur sont regroupées autour d'un poste central de soin destiné à la gestion médicale et infirmière des maladies une ambiance calme. Chaque salle de soin comporte une paillasse sèche et humide, un espace informatique, et suffisamment de place pour accueillir si nécessaire la famille. Les salles d'examen ambulatoire ne doivent pas être trop spécifiques et doivent pouvoir accueillir des malades couchés, lors d'un afflux massif de malades. Des zones spécifiques, en particulier pédiatriques et psychiatriques, peuvent permettre la prise en charge dans le calme de ces malades.

La zone technique :

Les salles de radiologie conventionnelle sont contiguës au service des urgences, soit à l'intérieur du service de radiologie, soit à l'intérieur du service des urgences. Il en est de même pour les salles d'échographie et le scanner. Lorsque le laboratoire est éloigné du service des urgences, les prélèvements sont acheminés par un moyen rapide, fiable et automatique (pneumatique...) Il n'est pas justifié de prévoir un bloc opératoire dans les locaux des urgences.

La zone de service :

Un nombre suffisant de bureaux pour les médecins permanents et les cadres permettent de travailler dans une zone calme, proche du secrétariat. Une salle de réunion suffisamment vaste est indispensable pour l'enseignement, les réunions du service et sert de centre de crise en cas de plan blanc.

2 - Représentations des patients sur le service des urgences

La représentation sociale est un mode spécifique de connaissance. Étudier les représentations sociales revient à explorer un ensemble d'informations, d'opinions, et de croyances relatives à l'objet. Elles constituent des produits culturels « *qui naissent et se*

développent dans les conversations quotidiennes et par rapport à des circonstances culturelles et historiques »¹⁷⁹

Pour Serge MOSCOVICI, la représentation a une capacité à générer des comportements : « Chaque fois que nous acquérons ou modifions une représentation sociale, nous changeons par la même occasion un certain nombre de comportements dirigés vers les autres et vers nous-mêmes »¹⁸⁰

D'après notre observation sur le terrain, et selon les informations recueillies auprès de nos enquêtés ; leurs points de vue convergent sur les représentations du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo.

Voici le point de vue de deux informateurs rencontrés sur le terrain qui pensent que :

La première estime que :

*Au niveau des urgences, je peux dire que les lits sont insuffisants. Et au lieu d'avoir une ou un infirmier auprès du patient, c'est seulement les parents qui restent à côté du malade. Il n'y a pas des infirmiers formés pour s'occuper des patients parce que ceux qui sont au niveau des urgences là leur nombre est insuffisant et c'est difficile de s'occuper de tous les malades ce n'est pas facile...*¹⁸¹

Le deuxième pense que :

*L'endroit n'est même pas confortable, les lits ne sont pas confortables, je ne sais pas ce sont des nattes ou ça ressemble à quoi ? Toi-même tu vois non ? Si tu es à l'hôpital et tu as l'argent, là les choses sont faciles par exemple, tu pars acheter la moustiquaire, le drap, les oreillers, la nourriture, les médicaments et tout ce qui est nécessaire là si tu as l'argent, mais si tu n'as pas tu es obligé de faire avec ce qu'ils ont, ça ressemble même à quoi je ne sais pas. Moi ça me fait très mal. Tout ce que je viens citer normalement on doit trouver ici. Donc ils ne font rien, ce qu'ils font c'est de t'injecter les produits, de te mettre la perfusion...*¹⁸²

¹⁷⁹ Jean-Marie SECA, *Les représentations sociales*, Paris, Armand Colin, 2001, p. 13.

¹⁸⁰ Serge MOSCOVICI, *Psychologie des représentations sociales*, Paris, Editions des archives contemporaines, 1986, p.55.

¹⁸¹ Entretien avec un patient, le 26/07/2023 à HPM.

¹⁸² Entretien avec un patient, le 05/12/2023 à HPM

**Photo N°2 : Nouveau bâtiment construit au pavillon des urgences à l'Hôpital
Provincial de Mongo.**



Source : Moustapha Seryabé, photo de terrain prise le 05/10/2023.

Le service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo comme nous pouvons le constater dans cette photo a une faible capacité d'accueil des patients en situation d'urgence. Le nombre des lits est insuffisant, il n'y a que 16 lits disponibles.¹⁸³ On peut aussi souligner le manque des personnels soignants qualifiés au pavillon des urgences de l'hôpital provincial de Mongo, la faiblesse du plateau technique ainsi que l'insuffisance des produits d'urgence.

II - INTERACTIONS ENTRE LES PERSONNELS SOIGNANTS ET LES PATIENTS AU SERVICE DES URGENCES

L'interaction selon Willard HARTUP cité par Christine SORSANA se définit par :¹⁸⁴

Des rencontres significatives entre individus, mais qui restent ponctuelles, alors que les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques... On peut définir une relation comme une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien ; chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures. Et, ce n'est pas tant le cadre formel des rencontres humaines (durée, répétition...) qui permet de distinguer interaction et relation mais

¹⁸³ Rapport d'activités de l'HPM, 2023, p.31.

¹⁸⁴Christine SORSANA, *Psychologie des interactions sociocognitives*, Paris, Armand Colin, 1999, p.47.

les significations cognitives et affectives que les interactants projettent dans cette interaction.

1 - Différentes relations de soins

Sans caractériser toutes les interactions et relations de soins qui sont multiples, un certain nombre de recherches, réalisées à partir de situations concrètes (description, analyse, compréhension) ont montré que suivant les finalités de l'interaction (aide, éducation, information, soutien...), on pouvait identifier différentes formes de relations infirmière - patient (ou famille) à partir des concepts sur lesquels elles s'organisent. Chaque relation est singulière, elle est une création unique, elle doit faire place à l'imprévisible mais, ce qui peut être commun à un ensemble de relations, ce sont les concepts sous-jacents et leurs attributs qui définissent et orientent son contenu. On retrouve dans les écrits professionnels 7 types de relations de soins autour desquels il y a (plus ou moins) consensus¹⁸⁵

1-1- Relation de civilité

C'est une interaction. Elle se situe en dehors du soin, elle répond à un code culturel et social ritualisé ou chaque interlocuteur, sans en être toujours conscient, joue un rôle au sens où l'entend Anne-Marie ROCHE-BLAVE :

*La notion de rôle se dégage comme un modèle auquel se réfèrent les comportements des individus en interaction. Nous proposons donc de définir le rôle comme un modèle organisé de conduites relatif à une certaine position de l'individu dans un ensemble interactionnel.*¹⁸⁶

Dans le cadre d'une relation soignant - patient, la relation de civilité comprend des obligations sociales pour le soignant : gentillesse, courtoisie, politesse, netteté, repères identitaires (présentation de l'interlocuteur) ... Dans cette interaction qui peut être très impersonnelle, il faut avoir en mémoire la théorie de McLuhan en 1964, qui part du principe que dans la communication le média (forme) est aussi important que le message (fond), la présentation influe l'interaction.¹⁸⁷

¹⁸⁵ Monique FORMARIE, *La relation de soin*, concepts et finalités. Dans Recherche en soins infirmiers (N° 89), Éditions Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2007, pp.33-42.

¹⁸⁶ Anne-Marie ROCHE-BLAVE, *La notion de rôle en psychologie sociale*, Paris, PUF, 1968, p.172.

¹⁸⁷ Monique FORMARIE, *Op.cit.*, p. 37.

1 - 2 - Relation de soins

Elle peut être simple interaction ou relation suivant les interactants, leur connaissance mutuelle, le contexte dans lequel se situe le soin : domicile, service hospitalier, bloc opératoire... Cette relation est la plus fréquente en milieu hospitalier. Support d'échanges avec le patient ou sa famille, elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques ou de confort. Elle est centrée sur le présent, sur l'acte technique, sur l'activité en cours, sur le devenir immédiat du patient : traitement, confort, douleur, planning de soins, visite médicale... Elle est essentiellement de type informatif.¹⁸⁸

Au cours des échanges formels ou informels, elle peut être source d'informations importantes données par le patient, mais ce qui prime dans ce temps de rencontre, c'est le soin technique. Or, on sait maintenant que dans un contexte de technologie de plus en plus complexe ou dans le cas de lourdes charges de travail, les soignants, centrés sur l'activité en cours, ne peuvent simultanément être disponibles et réceptifs psychologiquement.¹⁸⁹

La répartition du travail dans les équipes de soins a un impact sur la qualité des relations infirmière patient. Elle peut entraîner une segmentation du travail ou au contraire favoriser la continuité dans les prises en charge des patients (infirmière référente) et aider considérablement les soignants à établir une relation avec les patients : connaissance mutuelle, identification des besoins, demandes, ressources du patient, perception des émotions...¹⁹⁰

1 - 3 - Relation d'empathie

L'empathie est souvent considérée comme étant l'approche la plus appropriée dans la relation soignant – patient. Depuis 1963 date où Rogers développe le concept d'empathie de nombreux auteurs (chercheurs) ont tenté de donner une définition de ce concept. Dans l'ouvrage collectif « l'empathie » Jean DECETY dit « Il existe presque autant de définitions du concept d'empathie que d'auteurs écrivant sur le sujet ».¹⁹¹ L'empathie dont il est question dans la relation de soins est de type cognitif. Il existe une empathie de type affective utilisée en thérapie. Dans le champ de l'empathie cognitive, la définition large et consensuelle donné par Jean-Louis PEDINIELLI : « l'empathie c'est ressentir le monde intérieur du client avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir comme s'il était son monde à soi, sans jamais perdre la qualité de « comme si ».¹⁹² L'empathie se caractérise donc par « deux composantes primaires : 1) une

¹⁸⁸ Monique FORMARIE, *Op.cit.*, p. 37.

¹⁸⁹ Ibidem.

¹⁹⁰ Ibidem.

¹⁹¹ Jean DECETY, *L'empathie*, Paris, Ed Odile Jacob, 2004, p.35.

¹⁹² Jean-Louis PEDINIELLI, *Introduction à la psychologie clinique*, Paris, Ed Nathan Université Paris, 1994, p.31.

réponse affective envers autrui qui implique parfois (mais pas toujours) un partage de son état émotionnel, et 2) la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne sans confusion avec ses propres affects ». ¹⁹³

Jean DECETY explique dans son article « Neurosciences : les mécanismes de l'empathie », l'empathie se développe chez l'individu parallèlement à la conscience de soi et des autres. Néanmoins quand l'empathie devient un concept de base dans les relations professionnelles, on doit favoriser son développement et son apprentissage. L'auteur ajoute que l'empathie, dans les relations professionnelles, sert à comprendre la situation d'autrui (partage affectif sans perdre de vue la mise à distance), et à y réagir de manière appropriée mais que cette relation nécessite une attention soutenue. ¹⁹⁴

La base de l'empathie est l'écoute, « non pas une écoute interprétative ou évaluative, mais une écoute compréhensive. C'est dans les situations où les individus se sentent réellement écoutés qu'ils s'expriment le plus et le mieux, c'est-à-dire le plus authentiquement possible... Celui qui souhaite faciliter l'expression de l'autre est donc soumis à deux impératifs : - manifester cette attitude de compréhension ; - contrôler ses réactions spontanées qui vont beaucoup plus dans le sens de l'évaluation, de l'interprétation, et de l'aide ou du questionnement que celui de la compréhension ». ¹⁹⁵

L'empathie ne se limite pas à l'expression verbale, mais elle porte également sur les comportements, car les êtres humains émettent et reçoivent des messages par deux processus différents, cognitif et comportemental. L'empathie est donc une attitude active, conscientisée que le soignant est capable d'exprimer à son interlocuteur et qui va être le socle d'une relation de confiance. « Dans nos sociétés contemporaines le ciment d'un échange social durable reste la confiance. Cette confiance n'est pas donnée, elle doit être construite dans et par le processus même de l'échange » ¹⁹⁶.

L'empathie est un concept qui a été longtemps controversé dans le milieu des soins infirmiers. Les articles publiés dans Règlement Sanitaire Internationale (RSI) sur le sujet par

¹⁹³ Jean-Louis PEDINIELLI, *Introduction à la psychologie clinique*, Paris, Ed Nathan Université Paris, 1994, p.31.

¹⁹⁴ Jean DECETY, Neurosciences : les mécanismes de l'empathie In « Sciences Humaines », n° 150, 2004, pp.31-41.

¹⁹⁵ Jean-Claude ABRIC, *Psychologie de la communication. Théories et méthodes*, Paris, Armand Colin, 1999, p.37.

¹⁹⁶ Jean-François MEDARD, *Théorie de l'échange*, Bruxelles, Université Bruxelles, 1995, p.75

Forsyth GARYFALLIA¹⁹⁷ et par Janice MORSE¹⁹⁸ soulignent des courants de pensée différents. Forsyth, a travaillé sur ce concept pour l'adapter au contexte des soins infirmiers et plus spécifiquement à l'attitude des infirmières dans la relation infirmière - patient. Dans son analyse du concept on peut identifier les attributs suivants :¹⁹⁹

- L'empathie sous-tend une relation consciente et volontaire de la part de l'infirmière ;
- La relation nécessite une écoute active pour donner un sens aux paroles échangées, en fonction de la personne qui les dit (la personne est prise comme référence) ;
- L'empathie à des dimensions temporelles limitées à l'interaction en cours ;
- L'empathie implique d'être objectif et exempt de jugement de valeur ;
- L'infirmière peut valider l'expérience de la relation, c'est-à-dire que sa connaissance du patient lui permet d'analyser le contenu de l'entretien sans l'interférence de ses propres représentations.

Forsyth²⁰⁰ l'empathie sert de support aux relations infirmière - patient qui sont centrées sur la personnalisation des soins : recueil de données, évaluations des besoins et des ressources du patient et de sa famille, élaboration d'une démarche clinique pluridisciplinaire, prise de décisions de soins avec le patient, aide à la gestion des émotions du patient (stress, angoisse perte...) gestion des problèmes sociaux, réconfort...

Gérard JORLAND, s'est intéressé aux résultats de recherches menées dans différents pays sur l'empathie chez les infirmières et les médecins :

*Les résultats montrent que plus les infirmières ne font preuve d'empathie, moins les patients sont anxieux, dépressifs ou furieux. Autrement dit, non seulement l'empathie favorise le traitement thérapeutique, mais elle facilite la relation thérapeutique. En faisant l'effort de comprendre leurs patients, les infirmières se facilitent la tâche.*²⁰¹

¹⁹⁷ Forsyth GARYFALLIA, Analyse du concept d'empathie ; illustration d'une approche In « Recherche en soins infirmiers » n° 58, 1999, p.46.

¹⁹⁸ Janice MORSE et al. Analyse de l'empathie : est-ce un concept adapté à la pratique des soins infirmiers. In « Recherche en soins infirmiers » n° 58 1999, p.54.

¹⁹⁹ Ibidem.

²⁰⁰ Ibidem.

²⁰¹ Gérard JORLAND, *Empathie et thérapeutique* In « Recherche en soins infirmiers » n° 84, 2006, p.65.

1 - 4 - Relation d'aide psychologique

Le terme relation d'aide est galvaudé en soins infirmiers, car sous ce vocable se cachent des représentations et des pratiques fort différentes dont certaines n'ont que peu de ressemblance avec la relation d'aide telle que décrite par Carl ROGERS.²⁰²

La relation d'aide, qui s'appuie sur la confiance et l'empathie, est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient (et/ou une famille) à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui : Annonce d'un diagnostic difficile, aggravation de la maladie, fin de vie, perte, deuil, souffrance, maladie chronique, accident... Cette relation d'aide vise également des personnes qui sont confrontées (comme victime ou comme témoin) à des situations de crise violentes par leur intensité et leur survenue inattendue : Violence, viol, crise familiale, harcèlement, accident... Chaque personne, en fonction de son seuil de tolérance, aura plus ou moins besoin d'aide psychologique souvent dans un délai court après l'événement. Je ne parle pas ici de la relation d'aide utilisée auprès de patients qui souffrent de pathologies mentales et qui s'exerce dans un contexte différent. Rogers résume ainsi les finalités de la relation d'aide :

*La relation d'aide psychologique est une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toutes contraintes, de toutes pressions personnelles de la part de l'aidant, permettent à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes*²⁰³

Dans son ouvrage, la relation d'aide, Jean-Luc HETU insiste sur le fait que l'aide dont la personne a besoin, est singulière, définie par la personne elle-même et située dans un espace-temps. Il précise que la relation d'aide s'articule autour de trois composantes :²⁰⁴

- Une défaillance de la personne qui restreint son autonomie en limitant sa capacité à répondre aux exigences ordinaires du cadre social commun.
- Cette défaillance intime induit un besoin d'aide de la part des institutions médicales ou sociales plus important que celui auquel répondent les aides ordinaires.
- Ce besoin particulier articulé aux fragilités spécifiques de la personne enclenche une personnalisation de l'aide.

²⁰² Carl ROGERS, *La relation thérapeutique, les bases de son efficacité* In « Bulletin de psychologie » n° 17, 1963, p.12.

²⁰³ Carl ROGERS, *Op.cit.*, p. 12.

²⁰⁴ Jean-Luc HETU, *La relation d'aide*, Québec, Gaëtan Morin Boucherville-Québec 3^{ème} éd. 2000, p.51

Il explique que la relation d'aide n'est pas une simple relation d'empathie, ou une relation de confiance, il la décrit ainsi :

*La relation d'aide est une relation bien structurée, avec ses limites de temps, de responsabilité et de gestion des affects que le conseiller s'impose à lui-même. Dans cette expérience unique de liberté émotionnelle complète, dans un cadre bien défini, le client est libre de reconnaître et de comprendre ses impulsions et ses structures, qu'elles soient positives ou négatives, mieux que dans une autre relation.*²⁰⁵

1 - 5 - Relation thérapeutique

Cette relation est utilisée en psychiatrie auprès de patients souffrants de pathologies mentales ou de conduites addictives. Elle a pour but de soigner le patient. Elle est réalisée dans le cadre d'un projet de soins thérapeutique, toujours sur prescription médicale. Les infirmières qui travaillent en secteur psychiatrique peuvent être amenées à pratiquer des entretiens thérapeutiques après avoir reçu une formation adéquate.²⁰⁶

1 - 6 - Relation éducative

Relation très utilisée par les soignants, elle est mise en œuvre, lorsque pour des raisons de santé, le patient doit changer d'habitudes de vie (régime alimentaire, rythme de vie...) subir un sevrage (alcool, drogues, tabac...) ou doit pratiquer des autos – soins (injection, sondage...). Elle comprend à la fois une approche psychologique qui repose sur la connaissance de la personne et de son entourage (représentations, affects, ressources, capacités, besoins), une approche cognitive (ce que la personne doit intellectuellement connaître et si besoin mémoriser) et une approche technique (maîtrise des gestes techniques, habilité manuelle).²⁰⁷

Pour aboutir positivement la relation éducative peut être basée sur l'observance. En effet, la relation éducative encore appelée démarche éducative, ne relève pas seulement d'un transfert de savoir du soignant vers le patient, mais également d'un soutien et d'un accompagnement psychologique pour que le patient suive les conseils, justifiés par son état de santé, et retrouve une qualité de vie satisfaisante pour lui. La relation éducative peut être concomitante avec la relation d'aide quand le patient doit, en même temps, apprendre à gérer un nouveau mode de vie (sevrage, diabète, traitement médicamenteux lourd, stomie...) et retrouver un équilibre après le choc psychologique qu'il subit.²⁰⁸

²⁰⁵ Jean-Luc HETU, *La relation d'aide, Op.cit.*, p.51

²⁰⁶ Monique FORMARIE, *Op.cit.*, p.39.

²⁰⁷ Ibidem.

²⁰⁸ Ibidem.

1 - 7 - La relation de soutien social

Cette relation est tout à fait particulière car il s'agit plutôt d'une relation famille, entourage - patient. Le rôle du soignant se situe à l'interface entre le patient et sa famille (aidants naturels).²⁰⁹

Le soignant peut apporter un soutien direct au patient mais il peut aussi aider la famille épuisée par son activité de soin et de soutien auprès d'une personne atteinte de pathologie aiguë ou chronique, de handicap, de pathologie mentale, de démence sénile, de conduite addictive, des patients en fin de vie... En fonction du patient, de sa situation personnelle et de sa pathologie, les aidants naturels peuvent être sollicités pour une brève période, ou au contraire pour un temps très long.²¹⁰

L'évolution des pratiques médicales (séjours hospitaliers de plus en plus courts, présence permanente des familles auprès du patient hospitalisé, hospitalisation à temps partiel), le développement des soins à domicile, et le manque de place d'hébergement pour les personnes âgées ou handicapées font de la relation de soutien social une relation prioritaire à développer chez les professionnels de santé.²¹¹

En effet, d'après les informations recueillies sur le terrain auprès des patients sur les relations entre les personnels soignants et les patients, voici quelques réactions :

*Depuis que nous venons à l'hôpital on a jamais eu des disputes avec les infirmiers parce qu'on vient avec notre argent on ne demande rien mais au cas où tu n'as pas l'argent tu discutes là tu vas peut-être avoir des difficultés, des problèmes avec eux. Donc je n'ai jamais eu de problème avec les infirmiers mais on dit le pauvre ne vit pas, il se débrouille.*²¹²

Un autre patient nous dit que :

Depuis que je suis arrivé, je n'ai pas eu de disputes avec les infirmiers ni avec les médecins. Je vois avec d'autres patients ils se disputent, ils se parlent mal mais personnellement, je n'ai pas eu des disputes avec eux. D'ailleurs, ce ne sont pas tous les infirmiers qui sont comme ça. Il y a certains qui sont simples et ils te comprennent mais il y a d'autres qui ne savent pas parler aux gens, mais je peux dire que de manière

²⁰⁹ Monique FORMARIE, *Op.cit.*, p.40.

²¹⁰ Ibidem.

²¹¹ Ibidem.

²¹² Entretien avec un patient, le 26/07/2023 à HPM.

*générale ils nous comprennent même s'il y a des disputes, ils ne prennent pas ça en considération. Il y a certains qui viennent ils vous demandent comment le malade se porte ? Il prend sa température pour voir est-ce que la fièvre n'est pas élevée mais il y a d'autres tu pars les trouver dans leur salle de soins, tu leurs dis que venez voir le malade, ils sont là en train de manipuler leur téléphone et on te demande d'attendre, d'attendre...*²¹³

En somme, une bonne interaction entre les personnels soignants et les patients repose sur la collaboration, la communication efficace et la prise en compte des besoins du patient. Il est essentiel de créer un environnement où chaque membre de l'équipe contribue au bien-être du patient.

²¹³ Entretien avec un patient, le 02/07/2023 à HPM.

**CHAPITRE IV : ANALYSE DES
DYSFONCTIONNEMENTS DU SERVICE DES
URGENCES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE
MONGO**

Dans ce dernier chapitre, il sera question ici de faire une analyse approfondie des résultats sur les défis liés aux ressources humaines qualifiées, aux plateaux techniques, aux médicaments d'urgence, à la gratuité des médicaments, à l'accueil des patients ainsi qu'aux perceptions du coût élevé de soins au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo.

I -VISION, VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

1 -Vision

La Politique Nationale de Santé s'inscrit dans la vision globale du Tchad à l'Horizon 2030, et est en rapport avec les Objectifs du Développement Durable.²¹⁴

La vision de la Politique Nationale de Santé est que d'ici 2030, le système de santé du Tchad soit un système intégré, performant et résilient, centré sur la personne. Il sera accès en particulier sur les groupes vulnérables, pour permettre à tous un accès équitable aux soins globaux de qualité, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle mise en œuvre par le Gouvernement avec l'appui des partenaires et l'adhésion des populations.²¹⁵

Cette vision consacre l'adhésion du Gouvernement au processus de réforme du secteur de la santé et son engagement en faveur de la mobilisation des ressources au bénéfice de ce secteur.

2 - Valeurs

Les valeurs qui sous-tendent la politique nationale de santé sont les droits de l'homme en particulier les droits humains dont le droit à la santé, la solidarité nationale entre citoyens, l'équité dans l'accès aux soins, l'éthique dans les pratiques professionnelles, la prise en compte de l'approche genre, l'intégration et la continuité des activités de soins, la décentralisation du système, la justice sociale et la transparence (redevabilité).²¹⁶

3- Principes directeurs

La vision du développement sanitaire du Tchad à l'horizon 2030 est soutenue par des valeurs et des principes directeurs qui sont :²¹⁷

²¹⁴ PNS 2016-2030, *Op.cit.*, p.30.

²¹⁵ Ibidem.

²¹⁶ Ibidem.

²¹⁷ Ibidem.

- Leadership : le Ministère de la Santé Publique doit s'affirmer à tous les niveaux du système et dans toutes les actions à mener dans le secteur de la santé.
- Gouvernance : la redevabilité et la transparence doivent apparaître dans la mise en œuvre des activités quotidiennes à tous les niveaux du système de santé.
- Décentralisation et déconcentration : la décentralisation et la déconcentration se feront de manière progressive en fonction des ressources disponibles et en s'adaptant à la politique de décentralisation du Gouvernement. Les acquis dans le domaine de la santé seront préservés et voire renforcés.
- Intégration et continuité des activités de soins : il est clair que l'intégration et la continuité des soins seront renforcées à tous les niveaux du système.
- Respect des engagements internationaux : il s'agira de faire l'état des lieux des principaux engagements en matière de santé afin de les traduire dans les faits.
- Mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle : elle se fera de manière progressive. La finalité est de supprimer les barrières qui entravent l'accès aux services à tous et en particulier aux personnes pauvres et vulnérables. Parallèlement, la disponibilité et la qualité de l'offre des services seront renforcées.
- Soins de Santé Primaires : le système de santé sera organisé selon les principes des soins de santé primaires (SSP) tels que proclamés par la Déclaration d'Alma-Ata (1978), l'initiative de Bamako (1987) et la Déclaration de Ouagadougou sur les SSP en Afrique (1988).

II - DEFIS LIES A L'ORGANISATION DU SYSTEME AU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO

L'analyse du fonctionnement du système de santé a relevé une insuffisance dans la maîtrise de l'approche « système de santé de district » qui vise l'autonomisation technique, économique et institutionnelle de ces derniers, dans la délivrance des Soins de Santé Primaires (SSP) de qualité. Des principes et des approches bien documentés doivent être maîtrisés et employés sur le terrain pour obtenir des résultats. Il s'agit entre autres de fournir des soins efficaces, continus, intégrés et à faible coût, offerts avec la participation de la communauté et le plus près possible de la population cible. Il y a aussi le principe de la délégation des tâches, matérialisé par la disponibilité des instructions écrites dans les Centre de Santé et la présence

des ordinogrammes, la notion de la population couverte qui peut être réalisée en mettant en place un dossier familial dans les centres de santé.²¹⁸

1 - Défis liés aux ressources humaines

Les ressources humaines sont l'un des principaux piliers du système de santé. Il s'agit d'un des déterminants majeurs de la santé et du développement. Leur existence en nombre et en qualité devrait permettre l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé dans de nombreux pays. Malheureusement, la crise des ressources humaines en santé au Tchad se fait sentir à l'échelle nationale.²¹⁹

Selon le chef de service des urgences interrogé sur la question des ressources humaines, il répond :

Comme je l'ai dit, on a trop de manques. Il faut des ressources humaines et matérielles. Les ressources humaines ; il faut des personnels qualifiés. Si je prends le contexte général ici, nous, on fonctionne avec des médecins généralistes. Nous, nous sommes des médecins généralistes mais normalement au service des urgences, il doit avoir un médecin urgentiste si c'est ailleurs comme en Europe ou dans les grands hôpitaux. Sinon ici, ce n'est pas facile. Nous, on travaille avec des médecins généralistes, des infirmiers et ça aussi en nombre insuffisant.²²⁰

En effet, la question des personnels de santé est, depuis longtemps, cruciale au Tchad. Les formations sanitaires sont confrontées à une insuffisance en ressources humaines en quantité et en qualité. Même si le nombre du personnel de santé a augmenté, notamment au niveau médical, il y a encore de nombreux problèmes quant à sa répartition géographique, sa motivation et sa fidélisation. Par ailleurs, la qualité de ce personnel reste un handicap énorme pour le système de santé : inadéquation de la formation aux besoins du terrain. C'est pourquoi, le MSP a révisé les curricula des écoles de formations paramédicales. Il reste qu'ils sont utilisés dans toutes les écoles.²²¹

²¹⁸PNDS 4, *Op.cit.*, p.92.

²¹⁹ PNS 2016-2030, *Op.cit.*, p.25.

²²⁰ Entretien avec le chef de service des urgences, le 24/07/2023 à HPM

²²¹ PNS 2016-2030, *Op.cit.*, p.25.

2 - Défis liés aux plateaux techniques

Selon le directeur de l'hôpital :

Le plateau technique de notre service des urgences n'est pas différent des autres hôpitaux. Heureusement qu'on a assez des médecins. Sinon, son plateau technique n'est pas aussi amélioré comme les autres provinces. En principe, un hôpital provincial doit avoir tout matériel nécessaire mais ce n'est pas le cas ici. Les hôpitaux provinciaux garnis sur le plan national sont Moundou, Sarh et Abéché. Les restes ; ils ont le titre d'hôpital provincial mais au fond ça ne respecte pas les normes. Dans un service des urgences on n'a pas des urgentistes, ça n'a pas de sens.²²²

D'après un médecin interrogé sur le plateau technique du service des urgences l'hôpital provincial de Mongo :

Vraiment en termes de plateau technique on est limité. Pourquoi on est limité ? Parce qu'on n'a pas la trousse d'urgence par exemple. Normalement aux urgences, on va mettre la trousse d'urgence qui doit être disponible à tout moment, malheureusement nous n'avons pas ça. L'échographie ne se fait pas 24 heures sur 24, la radiographie ne se fait pas 24 heures sur 24, donc on est très limité sur le plateau technique. Je ne sais pas dans les autres provinces parce que je n'ai pas fait. J'étais à N'Djamena mais on ne peut pas comparer un hôpital de référence nationale avec un hôpital provincial. Globalement, je pense qu'ici aussi c'est bon par rapport à ce que mes collègues me disent dans d'autres provinces. Je pense que nous ne sommes pas loin mais globalement on est moyen. Le dernier diplôme du médecin revient aux malades. C'est le malade qui lui donne donc on est apprécié par des patients qui viennent de loin parce qu'ils ont constaté ici, ils sont pris en charge et ils sont vraiment à l'aise, ce que les malades nous disent.²²³

Deux gardes malades interrogés sur la question du plateau technique de l'hôpital, ils nous livrent leurs impressions :

Le premier nous dit que :

Dans le domaine d'équipement tels que les lits, les matériels, les infrastructures, ils ne sont pas au top. On prend l'exemple, la période de paludisme les patients jonchent par

²²² Entretien avec le directeur de l'hôpital, le 02/07/2023 à HPM

²²³ Entretien le 04/08/2023 à HPM.

*terre ils ne trouvent pas l'endroit pour dormir ou bien pour avoir l'accès au lit tout ça. On ne peut pas dire que c'est carrément nul mais c'est faible.*²²⁴

Le deuxième garde malade dit :

*L'endroit n'est même pas confortable, les lits ne sont pas confortables, il n'y a pas des bancs pour s'asseoir, ils n'ont pas une salle de soin propre, je ne sais pas ça ressemble à quoi ? Toi-même tu vois non ? Si tu es à l'hôpital et tu as l'argent, là les choses sont faciles par exemple, tu pars acheter la moustiquaire, le drap, les oreillers, la nourriture, les médicaments et tout ce qui est nécessaire pour te mettre un peu à l'aise, mais si tu n'as pas les moyens, tu es obligé de faire avec ce qu'ils ont.*²²⁵

Photo N°3 : Patient victime d'un accident de voie publique



Source : Moustapha Seryabé, photo de terrain prise le 05/10/2023.

En somme, le plateau technique du service des urgences est moyen. On a quand-même le minimum pour un cas d'urgence. Il nous manque des spécialistes en urgence. Donc même aujourd'hui on va référer un cas d'accident très compliqué parce qu'il n'y a pas un neurologue. Ce qui est comme défaut en matière de plateau technique. En parlant du plateau technique, il faut aussi des personnels qualifiés, il faut des structures spécialisées dans le domaine ce qui fait qu'on parle de plateau technique. Parfois quand on réfère un patient, on dit dans la fiche de

²²⁴ Entretien avec un garde malade, le 20/07/2023 à HPM.

²²⁵ Entretien avec un garde malade, le 24/07/2023 à HPM.

référence c'est par rapport au plateau technique voir le service concerné et spécialisé pour la prise en charge.²²⁶

3 - Défis liés aux médicaments d'urgence

Les Formations Sanitaires (FOSA) ne disposent pas suffisamment de capacité financière pour garantir une disponibilité des médicaments, des vaccins et des consommables médicaux de qualité. Les dotations initiales en médicaments permettent de rendre disponibles les médicaments dans les structures sanitaires nouvellement créées. Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) complètent les efforts du Gouvernement en rendant disponibles les médicaments pour la prise en charge de certaines maladies prioritaires.²²⁷

D'après le chef de service des urgences :

*Aux urgences, les matériels doivent-être en quantité et stérilisé à chaque fois mais nous avons un problème de médicaments. Par exemple si on trouve un cas urgent, normalement la prise en charge doit être gratuite. Il y a la gratuité mais ce n'est pas à un niveau suffisant. Je te prends l'exemple, on n'a pas des gants stérilisés, il y a des gants propres donc tu ne peux pas toucher certaines plaies. On a un problème de médicaments surtout les médicaments d'urgence.*²²⁸

La Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA) est dans l'incapacité de régler ses factures aux fournisseurs à cause du non-paiement des créances surtout de la part de l'Etat. Cette situation crée des ruptures fréquentes de stock des médicaments dans les services de santé à tous les niveaux. Par ailleurs on note une insuffisance du budget national alloué pour l'achat et la distribution des médicaments essentiels. Le budget alloué annuellement par le gouvernement (Fonds médicaments) pour l'approvisionnement en médicaments des structures nouvellement créés est inconstant et varie d'une année à l'autre : 2018, 266 millions ; 2019, 700 millions ; 2020, un milliard et 2021, 600 millions.²²⁹

4 - Défis liés à l'accueil des patients

Les usagers sont souvent confrontés à un mauvais accueil et parfois à la maltraitance dans les établissements sanitaires. La charte des usagers n'est pas respectée, rare sont les

²²⁶ Entretien avec un infirmier, le 10/07/2023 à HPM.

²²⁷ PNDS 4, *op.cit.*, p.60.

²²⁸ Entretien avec le chef de service des urgences, le 24/07/2023 à HPM.

²²⁹ PNDS 4, *op.cit.*, p.60.

évaluations sur la satisfaction des patients. L'intimité, la dignité et la confidentialité des usagers de services de santé ne sont pas garanties dans les services de santé.²³⁰

D'après un médecin demandé à ce sujet :

Il n'y a pas un service d'accueil aux urgences. Ils ont voulu instaurer un service de tri, ça veut dire lorsqu'un patient vient aux urgences, on prend les paramètres vitaux, le poids, et on l'oriente. L'accueil c'est très important que ce soit aux urgences ou dans n'importe quel service. On dit un malade bien accueilli, il est guéri presque à 50 %. Un malade mal accueilli, tout ce que vous dites, le malade ne peut pas prendre en considération. Ça joue dans la psychologie du malade. Quand vous l'accueillez bien dès le premier départ il est psychologiquement rassuré donc le reste ça va. L'accueil est très important presque à 50%, c'est dit même dans la déontologie médicale.²³¹

Deux patients interrogés sur l'accueil des patients au service des urgences :

Les infirmiers sont différents, il y a celui qui accueille bien et celui qui n'accueille pas bien. Si tu n'as pas l'argent ou tu as oublié l'argent à la maison, là ils ne vont pas te soigner ni te donner des médicaments, ça, c'est le premier cas pour moi.²³²

Le deuxième patient disait ceci :

Depuis que je suis arrivé, j'étais très bien accueilli. Après avoir rencontré le médecin, il m'a consulté et j'étais reparti faire quelques examens. Dieu merci ça fait trois jours que je suis ici mais il y a une amélioration au niveau de ma santé. Donc le médecin m'a dit que d'ici ce soir il va nous libérer. Oui certaines personnes ne sont pas très bien accueillies, parfois ils se disputent avec les infirmiers, pour qu'ils viennent le prendre en charge. J'ai remarqué il y a une différence dans le traitement de certaines personnes, surtout ceux qui ont l'argent ; ils sont favorisés mais ceux qui n'ont pas l'argent on les néglige.²³³

En revanche, d'après notre observation sur le terrain, le service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo n'a pas un service d'accueil et d'orientation des patients comme le recommande la norme nationale et internationale. Malgré l'absence d'un service d'accueil et d'orientation, les infirmiers fournissent l'effort pour satisfaire les patients.

²³⁰ PNDS 4, *op.cit.*, p.102.

²³¹ Entretien avec un Médecin, le 04/08/2023 à HPM.

²³² Entretien avec un patient, le 26/07/2023 à HPM.

²³³ Entretien avec un patient, le 02/07/2023 à HPM.

5 - Perceptions liées à la gratuité des soins

Le retard dans la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) a pour conséquence le maintien de plusieurs systèmes d'achat de service qui ne facilitent pas l'accès de la population aux soins de santé. La part du paiement direct des ménages dans la dépense totale de santé est encore très élevée (64,4% selon CNS 2018). Le financement de la gratuité des soins d'urgence instaurée en 2009 a été revu en baisse, suite à la réduction du budget de la santé due à la crise économique et financière. Actuellement ce financement ne représente que 20% de son niveau de 2013 et s'est focalisé seulement sur la gratuité des soins ciblés. Dans le secteur privé, il n'existe pas de textes définissant la tarification de soins. Les fonds de solidarité nationale sont réduits depuis 2016.²³⁴

D'après les analyses d'un médecin qui nous a expliqué la question de la gratuité au service des urgences :

Non. La prise en charge n'est pas gratuite. Il y a la gratuité qui est là mais ne dispose pas tous les produits. Maintenant quand on reçoit un patient traumatisé avec une plaie qui saigne trop, et qu'il n'y a pas de compresses, de seringues, de fil à peau... on donne l'ordonnance, il va amener et commence les soins. Il y a une pharmacie de gratuité mais la pharmacie ne couvre pas tout, surtout les urgences. En principe, on nous dispose nos produits, on nous met dans la boîte à pharmacie et c'est à nous de gérer. Normalement, les produits d'urgence comme les bandes, les sérums glycosés la Bétadine, les lidocaïnes, les bandes à gaz, les compresses... toutes ces choses doivent être disponibles dans la salle de soin des urgences dans une étagère. Et quand un il y a un cas d'urgence, on prend seulement et on utilise.²³⁵

Allant dans le même sens, le chef de service des urgences clarifie que :

Le gouvernement tchadien a cité un bon nombre des maladies que si un patient vient au service des urgences, il doit-être pris en charge gratuitement. Les cas d'urgence qui nécessitent une prise en charge et qui doivent bénéficier de la gratuité c'est précisé. Par exemple le paludisme grave, une gastro-entérite, un accident de la voie publique... que le gouvernement veut que, si le patient vient aux urgences, il doit être pris en charge gratuitement. Maintenant on fait de notre mieux, on travaille selon les moyens mis à notre disposition. S'il y a un médicament de gratuité, on lui donne mais

²³⁴ PNDS 4, *Op.cit.*, p.103.

²³⁵ Entretien avec un Médecin, le 30/07/2023 à HPM.

*s'il n'y a pas un médicament de gratuité, le patient va payer. Et s'il manque des ressources, on va puiser en dehors de notre gratuité, on peut prendre à la pharmacie et puis demain il va payer ou on le confie au service social de l'hôpital.*²³⁶

Voici l'Arrêté N°0179/PR/PM/MSP/SE/SG/DG/2016 du 20 avril 2016, portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique, le paquet de gratuité des soins est recadré comme suit :

Tableau 4 : Arrêté No0179/PR/PM/MSP/SE/SG/DG/2016 du 20 avril 2016, portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique

NIVEAU	CIBLE	MOYEN
Centres de santé	Enfant de 0 à 5 ans et Femmes enceintes	Kit de Centre de santé Kit de produits de prise en charge nutritionnelle
	Femmes Enceintes	Kit pour la césarienne
Hôpitaux	Cas des urgences	Kit de prise en charge des urgences de laparotomie, fractures ouvertes et drainage thoracique
	Sécurité transfusionnelle	Kit de transfusion sanguine
	Cas du paludisme grave	Kit de prise en charge d'urgence du paludisme plus de laboratoire (TDR et Goute épaisse).
	Cas de morsure de serpent	Sérum antivenimeux
	Cas de piqûre de scorpion	Sérum anti-scorpion
	Cas des fistules	Kits fistules

Source : Ministère de la Santé Publique du Tchad.

6 - Perceptions liées au coût élevé des soins

Le coût de médicaments influence négativement les coûts de prestations de soins qui restent trop chers pour une population au faible revenu financier et sans couverture sanitaire (Couverture santé universelle). Cela est dû aux prix élevés des médicaments qui sont liés en partie à l'application des taxes douanières (redevance statistique, taxe CEMAC, taxe UA...)

²³⁶ Entretien avec le chef de service des urgences, le 24/07/2023 à HPM.

sur les produits médicaux. Enfin, les prix de vente des médicaments ne sont pas systématiquement affichés dans les structures sanitaires malgré la note circulaire du Ministre.²³⁷

Selon plusieurs patients interrogés sur le coût de soin au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo, leurs points de vue convergent. Voici le témoignage des trois patients :

Le premier patient réagit que :

*Le coût de soin est cher à l'hôpital mais à la pharmacie du quartier c'est moins cher. Par exemple, palu seulement, tu vas dépenser plus de 15.000f pour les médicaments. Mais dans les petits centres de santé, les soins sont abordables.*²³⁸

Le deuxième patient pense que :

*Aujourd'hui il y a trop d'injustice, de corruption et tu ne peux pas te plaindre. Si on te fait une ordonnance comme tu ne connais pas le prix des médicaments, tu payes seulement même si ça coûte 10.000 f parce que tu ne connais pas. Et vous savez qu'on ne discute pas le prix des médicaments, parfois ils nous arnaquent même on ne sait pas. Et la gratuité des produits on parle seulement ça n'existe pas, ce n'est pas réel. Par exemple, si on te fait une ordonnance, tu pars à la pharmacie et que ça coûte 5000f ou 10000 f, on ne te fait même pas la réduction pour t'aider. Donc tu vas payer seulement, tu n'as pas le choix et tu es obligé d'acheter même si ça coûte combien.*²³⁹

Le troisième décrit que :

Vraiment le coût de soin est très élevé. Nous sommes à trois jours ici à l'hôpital et on a dépensé plus de 70.000 f sur les soins et on vient de loin en plus. On sort du village ; ce que je peux demander comme nous sommes des tchadiens, je demande au gouvernement d'aider la population parce que la majorité des tchadiens n'ont pas assez de moyens. Donc il faut aider la population avec certains produits. Ici, on te fait une ordonnance c'est à partir de 8500f, 15000f voir 20000f donc si tu n'as pas les moyens tu ne peux pas acheter. C'est pourquoi je dis que les médicaments coûtent chers mais comme tu es malade, tu es obligé de dépenser parce que la santé n'a pas de prix. Mais imaginons celui qui n'a pas les 25000f est-ce qu'on va aller

²³⁷ PNDS 4, p.109.

²³⁸ Entretien avec un patient, le 03/08/2023 à HPM.

²³⁹ Entretien avec un patient, le 13/08/2023 à HPM.

soigner ? Je ne pense pas. Je vais te prendre un exemple : il y a un enfant de 6 ans à côté de nous, ses parents n'ont pas l'argent et il n'y a personne pour les prendre en charge, même les médecins refusent de les prendre en charge. Peut-être s'il y a une personne de bonne volonté qui peut les aider. Actuellement, ils sont là comme ça comme ils n'ont pas les moyens. L'enfant a été opéré et maintenant ils n'ont pas l'argent, il est avec sa maman. Son père est rentré à la maison pour chercher l'argent. Quand on était parti les voir, on a demandé il y a quoi ? Ils nous disent que bon on s'en remet à Dieu, ce que Dieu va faire là on attend voir.²⁴⁰

En effet, plusieurs enquêtés décrivent le coût élevé des soins aux urgences qui n'est pas à la portée de tout le monde. C'est pourquoi, le gouvernement doit intensifier sa politique liée aux problèmes de médicaments et autres produits de santé médicaux en les rendant financièrement accessibles à la population tout en créant des conditions de travail favorables aux personnels soignants au service des urgences.

III - CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS SOIGNANTS AU SERVICE DES URGENCES

Selon le code du travail tchadien en son Art.224 :²⁴¹

Les conditions d'hygiène et de sécurité sur les lieux de travail sont définies par décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du Ministre chargé du Travail et de la Sécurité Sociale, après avis du comité technique consultatif.

Ce décret assure aux travailleurs tout en prenant en considération les conditions locales, les normes d'hygiène et de sécurité conformes à celles recommandées par l'Organisation Internationale du Travail et d'autres organismes techniques reconnus le plan international.

Il précise dans quels cas et quelles conditions, l'Inspecteur ou le Médecin-Inspecteur du Travail doit recourir à la procédure de mise en demeure. Toutefois, en cas de danger imminent pour la santé et la sécurité des travailleurs, l'Inspecteur ou le Médecin-Inspecteur du Travail ordonne les mesures immédiatement exécutoires.

Voici quelques témoignages des personnels soignants récoltés sur le terrain sur leurs conditions de travail au service des urgences :

Un médecin nous confie sur ses conditions de travail :

²⁴⁰ Entretien avec un patient, le 03/08/2023 à HPM

²⁴¹ Code du Travail du Tchad, Loi n°038 du 11 décembre 1996, p.25

Ici, les conditions ne sont pas réunies. Est-ce que normalement cette salle de soin doit avoir ce type de ventilo²⁴² ? Normalement, une salle de soin doit être grande, doit avoir un haut plateau technique, une bonne aération, une bonne lumination, une bonne hygiène tout ça... on est dans des mauvaises conditions. On fait toujours des demandes d'améliorations de nos conditions mais l'administration pense qu'on est strict, on est dur avec eux. Or, c'est normal qu'on demande. Le problème, est que l'administration est gérée par des gens qui ne sont pas du domaine, ils ne connaissent pas comment fonctionne l'hôpital. Et nous qui sommes du domaine, on leur dit que normalement les choses doivent se passer comme ça, la structure doit être comme ça. Quand on dit, une salle de soin doit être grande, bien climatisée, bien éclairée, ils pensent que c'est pour nous. Non ! C'est pour les patients. Un patient ne doit pas venir se soigner dans une poubelle. Un hôpital doit être propre, avec de bonnes conditions de travail mais un hôpital ne doit pas être comme la poubelle.²⁴³

Un infirmier allant dans le même sens raconte que :

Les conditions sont défavorables. Allez y voir notre salle de soin... ce n'est pas une salle de soin. Nous n'avons pas une poupinelle, comme je venais de le dire. C'est déjà un souci. Il faut aller d'abord hospitaliser au bloc. Si les personnels ne sont pas là, qu'est-ce que vous allez faire ? Parfois on est obligé de les désinfecter avec la Bétadine pour aider le malade et ça c'est au terrain mais théoriquement non. Il faut stabiliser d'abord même si l'alcool peut tuer les bactéries. L'idéal est qu'il faut le stabiliser donc les conditions ne sont pas favorables.²⁴⁴

²⁴² Ventilateur, machine qui fait circuler l'air

²⁴³ Entretien avec un Médecin, le 30/07/2023 à HPM.

²⁴⁴ Entretien avec un infirmier, le 01/08/2023 à HPM.

Photo N°4 : Infirmiers en train de soigner un patient accidenté



Source : Moustapha Seryabé, photo de terrain prise le 04/10/2023.

Ainsi, un autre personnel soignant nous dit :

Pour dire que les conditions de travail sont favorables au Tchad et en particulier aux urgences de l'hôpital de Mongo là moi je n'ai pas trouvé encore. A Wadi Fira, les conditions de travail sont mieux par rapport à ici. Là-bas quand tu passes la garde, tu ne peux pas rentrer les mains vides. Mais ici, tu viens, tu passes la garde et tu vas rentrer les mains vides. Voilà la différence. Des fois, les petits repas qu'ils font là-même, on y trouve que de l'eau dans la tasse. Il n'y a pas un bon repas de qualité. Je ne suis pas satisfait de mes conditions de travail, je ne peux pas te cacher de ce côté, ça ce n'est pas faisable.²⁴⁵

En outre, selon le code du travail en son Art.225 :

Lorsque les conditions de travail non visées par le Décret prévu à l'article 224, sont jugées dangereuses pour la sécurité ou la santé des travailleurs, l'Inspecteur ou le Médecin Inspecteur invite l'employeur à y remédier.

En cas de contestation de l'employeur, le litige est soumis à l'arbitrage du comité technique consultatif.

²⁴⁵ Entretien avec un infirmier, le 10/07/2023 à HPM.

Dans tous les cas, l'Inspecteur ou le Médecin-Inspecteur adresse rapport audit au comité sur les conditions jugées dangereuses, en vue de l'élaboration éventuelle des mesures réglementaires appropriées.

En somme, les conditions de travail des personnels soignants au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo sont difficiles en raison de divers facteurs tels que le manque de ressources humaines et matérielles, les infrastructures médicales insuffisantes et inadaptées, le manque des personnels soignants qualifiés, le manque des médicaments et des produits de santé, et bien d'autres défis liés au système de santé qui peuvent avoir un impact sur la qualité des soins et la santé des travailleurs.

1 - Contribution des personnels dans le service des urgences

Les urgences sont en première ligne face à la montée des précarités. Pour continuer à assurer leur triple mission envers le malade, envers la société, envers l'hôpital lui-même, elles doivent dépasser l'image de l'urgentiste épuisé, accablé de travail et de violences. Dans un contexte contraignant en termes de moyens humains et matériels, il leur faut impérativement innover.²⁴⁶

La mission de l'hôpital public peut être définie comme l'accueil inconditionnel du malade à toute heure du jour et de la nuit. Une mission dont les urgences sont très certainement l'élément le plus emblématique. Les réponses qu'elles s'efforcent d'apporter en permanence à des demandes jamais programmées viennent interpeller l'hôpital, lui rappeler sa vocation première du soin à offrir aux populations qui l'entourent.²⁴⁷

Un infirmier parle :

Nous des fois, ce sont des contributions morales parce qu'on est limité donc nous contribuons quand la personne est dans une situation difficile, on le console, on lui dit ça va aller, Dieu est grand. C'est aussi une contribution. J'ai vu il y a un médecin maintenant il n'est pas là, c'est un médecin que je n'ai jamais vu dans ma vie. C'est un médecin des fois, il enlève l'argent de sa poche je pars payer les produits pour faire des soins si un malade n'a pas des moyens. Moi je suis un évangéliste, ma contribution est beaucoup plus orientée vers Dieu, elle est spirituelle.²⁴⁸

²⁴⁶ Bertrand GALICHON, *Les Urgences d'aujourd'hui*, Dans Laennec (Tome 62), 2014, pp. 25-35.

²⁴⁷ Idem. pp. 25-35.

²⁴⁸ Entretien avec un infirmier, le 08/07/2023 à HPM.

Un médecin explique :

*Le médecin c'est lui qui est au top, c'est lui qui fait l'hôpital, c'est lui qui reçoit les malades en consultation, c'est lui qui fait tourner l'hôpital, c'est lui qui demande des examens... En fait, c'est comme le moteur de l'hôpital. Tout ce que comme recette, qualité de soins et autre ça dépend du médecin. S'il fait bien son travail, l'hôpital est apprécié et les malades viendront mais s'il ne fait pas bien son travail, les malades ne vont plus venir et ça va finir mal. La contribution du médecin est qu'il est le point clé de l'hôpital.*²⁴⁹

De ce fait, le service des urgences est le seul service de l'hôpital qui demeure ouvert et allumé toute la nuit. Comme un phare, il attire les paumés de notre société, et tous les dysfonctionnements qui traversent celle-ci viennent s'y cristalliser ; à telle enseigne que le passage par les Urgences tend à faire partie de la procédure de la garde à vue initiée au commissariat : une personne arrêtée, avinée, dans la rue, est conduite aux Urgences quoi qu'il arrive, y compris plusieurs heures après son arrestation (un processus qui résulte aussi de la surmédicalisation de notre société... nous y reviendrons). D'où l'importance capitale du s marquant le pluriel du mot urgences : il implique, pour tous les personnels travaillant dans ces services, un saut du coq à l'âne permanent qui exige un ajustement toujours renouvelé.²⁵⁰

2 - Violence sur les personnels soignants au service des urgences

L'OMS définit la violence comme une agression physique (coups), verbale (insultes), à une agression psychologique (menace, sentiment d'insécurité, stress, mal-être) ou consister en une agression matérielle.²⁵¹

Les caractéristiques de la violence

- Atteintes aux biens :

Niveau 1 : Vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis.

²⁴⁹ Entretien avec un médecin, le 01/08/2023 à HPM.

²⁵⁰ Bertrand GALICHON, *Op.cit.*, p.6.

²⁵¹ Rachel FERRARI, *La violence aux urgences : une triste réalité ?*, Observatoire National des Violences en milieu de Santé, 2013, p.1.

Niveau 2 : Vols avec effraction.

Niveau 3 : Dégradations ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale...), dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement), vols à main armée ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil).

- Atteintes aux personnes

Niveau 1 : Injures, insultes et provocations sans menaces (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool), chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures.

Niveau 2 : Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux).

Niveau 3 : Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, tout autre objet dangereux), agression sexuelle.

Niveau 4 : Violences avec arme par nature ou par destination (armes blanches, armes à feu, scalpels, rasoir, tout objet dangereux), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente...)

L'hôpital reste un lieu hors du commun où la cristallisation des angoisses, des douleurs et des souffrances peut atteindre des paroxysmes émotionnels forts et générer une violence latente. Celle-ci est susceptible de se manifester à tous les stades de la prise en charge, tant du côté des patients ou des accompagnants, que du côté des personnels soignants.²⁵²

Cette réalité est une dimension d'autant plus importante qu'imperceptiblement la société évolue vers une notion de droit à la santé, glissant d'une obligation de moyens vers une obligation de résultats. Les incidences sur le comportement des patients sont nombreuses : exigence d'une prise en charge immédiate, d'une disponibilité sans faille des équipes soignantes, d'une écoute personnalisée et de réponses compréhensibles, entraînant parfois des manifestations d'impatience, d'agressivité, voire de violences verbales ou physiques. C'est la raison pour laquelle dans toute analyse d'un événement survenu se trouvent étroitement mêlées l'approche structurelle de l'établissement et l'organisation médicale des équipes qui sont parfois des facteurs déclencheurs involontaires de violences en raison de la tension ainsi

²⁵² Rachel FERRARI, *Op.cit.*, p.6.

intrinsèquement générée. L'analyse brute de données statistiques ne doit pas faire oublier que c'est en réalité un ensemble de facteurs et de circonstances interagissant entre eux qui ont pu conduire à l'expression de manifestations de violences plus ou moins graduées.²⁵³

2 - 1 - Les facteurs favorisant la violence dans le service des urgences

Lieu d'accueil ouvert 24 heures sur 24, le service des urgences est avant tout un lieu de soins et à ce titre il va cristalliser des angoisses, des souffrances et des peurs. Mais il va également, et de plus en plus, refléter la dégradation des conditions économiques et des facteurs psychosociaux. Différents facteurs peuvent être à l'origine de manifestations d'agressivité et de violence :²⁵⁴

- L'attente : avant le passage devant l'infirmière d'accueil et d'orientation puis avant de voir le médecin.
- L'augmentation du nombre des passages, le recours plus fréquent aux services d'urgence en lieu et place de la médecine de ville, la dégradation des conditions de travail va augmenter le délai d'attente.
- L'indicateur national en la matière estime à 4 h le délai moyen d'attente toutes prises en charge confondues. Ce délai atteint fréquemment 8 à 10 heures dans certains services : c'est long et anxiogène et cela peut générer l'incompréhension des patients ou de leurs accompagnants qui confondent urgence ressentie et urgence réelle.
- Une communication insuffisante : l'anxiété voire l'angoisse du patient et de son entourage face au diagnostic peut être accentuée en raison du manque d'information délivrée par le personnel soignant.
- La douleur (physique ou psychique) non prise en charge : elle peut être à l'origine des manifestations d'agressivité des accompagnants, dépositaires d'une partie de la souffrance du patient.
- La pathologie : les patients nécessitant une prise en charge psychiatrique.
- Les addictions : patients avec des comportements addictifs, toxicomanie, alcool.
- Les patients sous contrainte : détenus, réquisitions judiciaires, certificats de non-admission... Les patients en grande difficulté sociale : sdf.

²⁵³ Rachel FERRARI, *Op.cit.*, p.6.

²⁵⁴ Ibidem.

- Les patients accompagnés d'un groupe important (accueil communautaire).

En outre, au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo, la violence généralement exercée par les patients ou les accompagnateurs sur les corps soignants n'en manque pas. Les personnels soignants sont souvent victime de violence :

A ce sujet, un médecin explique la violence que les corps soignants subissent :

*Ici aux urgences, la violence sur les personnels soignants, ça se passe au quotidien. Quand les malades viennent avec les parents, ils ne patientent pas, ne supportent pas et ils sont agités. Parfois, tu es fatigué, débordé par le travail ; c'est là où ils vont venir t'embrouiller, remplir la salle et commencer à t'insulter, ils veulent vous contrôler... je ne sais pas vraiment c'est quoi ce problème. C'est un problème de comportement des malades. Il y a certains personnels qui ne supportent pas les insultes, cela dépend du comportement mais si on est dépassé on fait recours à la sécurité, ils vont venir nous aider, sinon vraiment on est exposé. Les parents des malades menacent, insultent les personnels soignants. Personnellement je ne peux pas supporter, il faut supporter parce que tu as fait la déontologie, tu sais que le malade est stressé. Parfois il faut tranquilliser, comprendre la situation peut-être son état est inquiétant donc il faut comprendre en fonction de la situation.*²⁵⁵

Un autre personnel soignant nous témoigne que :

*J'ai été victime de violence. Quand un patient dit quelque chose c'est pour que ça te choque, ça te fait mal. Mais quand tu ne réponds pas là, il est content parce qu'il est au-dessus de toi ; tu te confies à Dieu, ce n'est pas à toi la vengeance (Romains 12 :19)²⁵⁶, tu le pardonnes. Des fois après le travail, il s'excuse, il cause avec toi parce que c'est une erreur qui est arrivée et problème est fini.*²⁵⁷

Interrogé à la question de savoir qui est l'infirmier le plus exposé à la violence, l'infirmier répond : Celui ne sait pas dialoguer avec les malades ou les gardes malades. Il faut savoir comment parler avec les patients ou les gardes malades, comme ça, ça va aller sinon chaque jour tu es exposé à la violence.²⁵⁸

²⁵⁵ Entretien avec un médecin, le 04/08/2023 à HPM.

²⁵⁶ Ne vous vengez point vous-mêmes, bien aimés, mais laissez agir la colère ; car il est écrit : A moi la vengeance, à moi la rétribution, dit le Seigneur.

²⁵⁷ Entretien avec un infirmier, le 10/07/2023 à HPM.

²⁵⁸ Entretien avec un infirmier, le 12/07/2023 à HPM.

2 - 2 - Les mesures de prévention des violences

Il s'agit de limiter les circonstances susceptibles de provoquer ou de favoriser les comportements agressifs :²⁵⁹

Améliorer l'accueil et les conditions de séjour aux urgences

- Attitude d'empathie et de courtoisie des personnels ; la propreté et l'entretien des locaux, l'éclairage et la signalétique (les conditions déplorables de séjour aux urgences sont identifiées comme une source de tension, aussi bien pour les personnels que pour les patients et leurs accompagnants) ; la gestion des flux et la définition des zones d'attente ; mise en place d'aménagements pour le confort et la confidentialité des patients (nombre de boxes nécessaires, volumes suffisants, choix des couleurs, des éclairages) ; assurer des liens fonctionnels et une proximité immédiate des services partenaires tels que la radiologie, la réanimation et les soins intensifs...
- Réduire les délais d'attente, le délai d'attente est un motif récurrent d'insatisfaction et de réclamation (ce temps d'attente aux urgences a une dimension complexe, avec plusieurs services qui s'enchaînent) ; importance de l'infirmier(ère) organisateur de l'accueil (IOA) ; veiller à séparer les patients relevant d'une consultation simple des patients relevant de consultations plus lourdes ; informer des raisons de l'attente ; améliorer la coordination des différents acteurs et services ; améliorer l'organisation du travail.
- Améliorer l'information des patients et des accompagnants L'information des familles et des accompagnants doit porter sur le déroulement des soins, la décision d'orientation et le lieu d'hospitalisation ; il est important d'associer les associations d'usagers : la présence de bénévoles sur le terrain assure ainsi le lien entre les patients, leurs accompagnants et les équipes de soins.

De tout ce qui précède, la violence s'inscrit pleinement dans le contexte hospitalier actuel, où les faits de violence à l'hôpital sont en hausse notamment en ce qui concerne les attentes aux personnes. Le service des urgences en tant que porte d'entrée pluridisciplinaire de l'hôpital, est aujourd'hui le service hospitalier généraliste dénombrant le plus d'actes de violence. Par conséquent, il apparaît évident que l'hôpital doit assurer dans son enceinte la sécurité des biens

²⁵⁹ Rachel FERRARI, *Op.cit.*, p.7.

et des personnes, il doit aussi intervenir lorsque son personnel se trouve confronté à une vulnérabilité certaine (injures, menaces), ou s'est retrouvé confronté à une dangerosité exprimée (violences physiques ou matérielles).²⁶⁰

²⁶⁰ Rachel FERRARI, *Op.cit.*, p.9.

CONCLUSION GENERALE

En définitive, ce travail de recherche portait sur : « *Le service des urgences dans le système hospitalier tchadien : l'exemple de l'hôpital provincial de Mongo* ». Cette recherche est partie du contexte dans lequel l'Afrique abrite un quart des malades dans le monde selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle ne fabrique qu'une part infime – moins de 2% des médicaments consommés sur le continent. Elle ne bénéficie que de 1,3% des ressources financières mondiales consacrées à la santé et dispose de seulement 3% des professionnels de santé. Au Tchad par exemple, les enquêtes sur la disponibilité des services et l'opérationnalité des structures montrent que les indicateurs de santé restent faibles malgré la mise en œuvre de différentes stratégies en matière de santé ; la performance du système de santé tchadien reste parmi les plus faibles d'Afrique. En cause, quatre facteurs essentiels : l'insuffisance des infrastructures sanitaires ; la mauvaise organisation des soins ; l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel soignant et le sous-équipement. Face à cette incapacité du système public de santé de répondre aux besoins des populations, le gouvernement a décidé d'introduire la contractualisation comme outil en vue d'améliorer la performance du système de santé. Aussi, des disparités importantes sont notées entre les provinces en termes d'infrastructures, d'équipements et de personnels. On pourrait évoquer entre autres facteurs explicatifs de ces insuffisances et disparités, l'absence d'un outil pour une répartition équitable des ressources humaines et matérielles nécessaires pour une offre de soins de santé de qualité aux populations.

En effet, notre préoccupation principale était de savoir : *Qu'est-ce qui explique les dysfonctionnements de l'organisation au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo ?* Autour de cette question principale, deux questions secondaires s'ajoutent. La première question secondaire était de comprendre : *Comment l'organisation du service des urgences influence-t-elle les interactions entre les personnels soignants et les patients de l'hôpital provincial de Mongo ?* La deuxième question secondaire consistait à savoir : *Quelles sont les représentations sociales des patients sur l'organisation du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo ?*

Conformément au principe méthodologique, nous avons formulé une hypothèse principale et deux hypothèses secondaires. L'hypothèse principale est formulée de manière suivante : Les dysfonctionnements de l'organisation au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo sont liés aux défaillances des politiques publiques. Cette hypothèse principale est complétée par deux hypothèses secondaires.

La première hypothèse secondaire est : *L'organisation du service des urgences influence les interactions entre les personnels soignants et les patients de l'hôpital provincial de Mongo de plusieurs manières : la façon dont les soins sont dispensés, la qualité des services et la communication entre les personnels soignants.* Et la deuxième hypothèse secondaire est la suivante : *Les représentations sociales des patients sur l'organisation du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo varient en fonction de plusieurs facteurs, tels que l'accès aux soins, la qualité des services de santé, les croyances culturelles et les expériences individuelles.*

Pour vérifier ces hypothèses de recherche, nous avons eu recours à un ensemble de modèles théoriques et des techniques de collecte des données que nous avons utilisé. Sur le plan théorique nous avons utilisé le constructivisme structuraliste et le l'analyse systémique

Le constructivisme structuraliste de Peter BERGER et Thomas LUCKMANN nous a permis de comprendre comment les patients construisent des représentations sociales autour de l'organisation du système de santé au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo. Quant à l'approche systémique d'EASTON, elle a permis également d'analyser, de dévoiler ce qui est caché derrière cette représentation construite autour du système de santé du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo.

Pour collecter les données sur le terrain, nous avons mobilisé trois instruments d'investigation à savoir : la recherche documentaire, l'entretien semi-directif et l'observation participante. De prime à bord, la recherche documentaire a permis de se rendre compte que la question des dysfonctionnements dans l'organisation au service des urgences a été abordée depuis fort longtemps sous plusieurs angles. En outre, l'entretien semi-directif nous a favorisé le recours à une diversité d'acteurs ayant rapport plus ou moins avec l'objet étudié. Quant à l'observation participante, cette méthode nous a permis de s'imprégner de la réalité sur le terrain pendant un bon moment pour comprendre les interactions qui se passent entre les différents acteurs.

Cependant, en s'intéressant sur la question des dysfonctionnements du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo, les investigations sur le terrain ont conduit à noter que le service des urgences souffre d'une insuffisance de personnels qualifiés et spécialisés, de matériel médical, d'infrastructures adéquates, d'insuffisance des produits et des médicaments d'urgence, de manque des lits et de ressources limitées.

En outre, s'agissant de comment l'organisation du service des urgences influence les interactions entre les personnels soignants et les patients de l'hôpital provincial de Mongo, cette

étude nous a permis de mettre en lumière les défis que le service des urgences rencontre tels que la faible capacité d'accueil des patients, l'absence d'un service d'accueil et d'orientation, le manque de salle des soins qui ne permet pas de séparer les urgences chirurgicales et les urgences médicales, rend les conditions de travail difficile.

Par ailleurs, en s'intéressant sur la question des représentations sociales des patients sur l'organisation du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo, notre hypothèse s'est confirmée sur le terrain. En d'autres termes, les investigations sur le terrain ont conduit à noter qu'en fonction de l'expérience personnelle, les patients éprouvent certaines difficultés quant à l'accès aux soins en raison de la distance à parcourir ; les patients ressentent de la frustration et de la déception si leurs attentes en termes de traitement, d'écoute et de prise en charge ne sont pas satisfaites lorsqu'ils se rendent ; à la faiblesse de la qualité des soins, au manque de personnels soignants qualifiés, à la faiblesse du plateau technique et au manque de certains produits et des médicaments d'urgence. En effet, il s'observe que la contribution des personnels de santé au service des urgences n'est pas à négliger malgré les insuffisances des produits et des médicaments d'urgence, du plateau technique et ressources humaines...

L'aboutissement à cette recherche a fait face à des nombreux défis. Sans les énumérer tous, néanmoins, nous évoquons ici la difficulté d'accès à certaines données tels que certains rapports d'activités, le refus de certains responsables de nous accorder des entretiens. Ce refus est observé chez certains personnels soignants et des patients qui ont construit des représentations autour du chercheur comme un agent de renseignement envoyer en mission pour des investigations. Pour gagner la confiance, nous avons toujours rappelé à nos enquêtés que nous sommes là dans le cadre d'une recherche académique. Aussi, en prolongeant notre séjour pendant un bon moment, nous avons gagné la confiance de certains acteurs qui ont accepté de s'ouvrir.

Au regard de ces multiples difficultés rencontrées et malgré les efforts fournis afin de donner un sens sociologique à ce travail aussi complexe qui porte sur : Analyse des dysfonctionnements dans l'organisation du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo, nous sommes loin de prétendre que ce travail est parfait.

A l'issue de ce travail, d'autres perspectives peuvent être relevées à savoir :

- La problématique des ressources humaines qualifiées au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo, il en est ressorti que le service des urgences manque des personnels de santé qualifiés ;

- Une autre piste peut être dégagée à la suite de ce travail sur la faible capacité d'accueil du service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo. Il apparaît que l'hôpital provincial de Mongo en général et le service des urgences rencontrent des défis infrastructurels ;
- En outre, une autre piste peut également être axée sur le coût des soins dans les hôpitaux publics du Tchad et particulièrement dans les services des urgences ;
- Enfin, une autre perspective peut être intéressante à savoir : la disponibilité des médicaments, des vaccins et des consommables médicaux de qualité dans les formations sanitaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES GENERAUX

- **BOUDON, Raymond**, « *l'individualisme méthodologique dans les sciences sociales* », Cité par **CORCUFF, Philippe**, *Les nouvelles sociologies*, Paris, Nathan, 1995.
- **CAPLOW, Theodore**, *L'enquête sociologique*, Paris, Armand Colin, 1972.
- **CROZIER, Michel et FRIEDBERG, Erhard**, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 1977.
- **DEZIN, Norman et LINCOLN, Yvonna**, *The SAGE Handbook of Qualitative Research*, Texas, Intermediate/Advanced Qualitative Research, 2017.
- **DURKEIM, Emile**, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1895.
- **DURKHEIM, Emile**, *Le Suicide. Etude de sociologie*, Paris, PUF, 2^{ème} édition, 1967.
- **FOOTE, Whyte**, *La structure sociale d'un quartier italo-américain*, Paris, La Découverte, coll. « Textes à l'appui », (1^{re} éd. 1943), 1995.
- **GHIGLIONE, Rodolphe et MATALON, Benjamin**, *Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques*, Paris, Armand Colin, 1992.
- **GRAWITZ, Madeleine**, *Méthodes des sciences sociales*, Paris Dalloz, 11^{ème} édition, 2001.
- **MENDRAS, Henri**, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, Paris, Armand Colin, 1996.
- **NDA, Paul**, *Méthodologie de la recherche. De la problématique à la discussion des résultats*, Abidjan, Ed. Universitaires de Côte d'Ivoire, 3e éd., 2006.
- **QUIVY, Raymond et CAMPENHOUDT, Luc Van**, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995.

OUVRAGES SPECIFIQUES

- **ABRIC, Jean-Claude**, *Psychologie de la communication. Théories et méthodes*, Paris, Armand Colin, 1999.
- **AUBERT, Nicole**, *Le culte de l'urgence, la société malade du temps*, Paris, Flammarion, 2003.
- **BALIQUE, Hubert**, *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011.

- **BLEICHNER, Gérard et al.**, *Architecture des services d'urgence. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence*, Paris, Hôpital Broussais Pavillon Leriche, 2004.
- **CAZABAN et al.**, *Santé Publique*, Paris, Masson, 2005.
- **DECETY, Jean**, *L'empathie*, Paris, Ed Odile Jacob, 2004.
- **DIONKO, Maoundé**, *Contractualisation et performance du système de santé au Tchad*, Paris, Editions Universitaires Européennes (EUE), 2011.
- **FERRARI, Rachel**, *La violence aux urgences : une triste réalité ?*, Observatoire National des Violences en milieu de Santé.
- **FRANQUEVILLE, André**, *Construire une capitale*, Paris, Editions de l'Orstom, 1985.
- **HETU, Jean-Luc**, *La relation d'aide*, Québec, Gaëtan Morin Boucherville-Québec 3ème éd., 2000.
- **HINI et al.**, *Les établissements de santé. Un panorama pour l'année 2004*, DRESS, 2004.
- **HOURS, Bernard**, *Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, l'Harmattan, 1985.
- **JACQUEMOT, Pierre**, *Les systèmes de santé en Afrique mis à l'épreuve*, Paris, Policy Center, 2020.
- **KING MERTON, Robert**, *Social theory and social structure*, New York, Free Press, 1968.
- **MARTORY, Bernard et CROZET, Daniel**, *Gestion des ressources humaines*, Paris, Dunod, 2016.
- **MEDARD, Jean-François**, *Théorie de l'échange*, Bruxelles, Université Bruxelles, 1995.
- **MIMCHE, Honoré et DJOUDA, Yves Bertrand**, *Famille et santé en Afrique. Regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin*, Paris, l'Harmattan, 2018.
- **MONTEILLET, Nicolas**, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun. Crises hospitalières et nouvelles pratiques populaires*, Paris, Karthala, 2005.
- **MOSCOVICI, Serge**, *Psychologie des représentations sociales*, Paris, Editions des archives contemporaines, 1986.

- **MOUKENET, Azoukalné et ACTHENEMOU, Avocksouma**, *La gratuité des soins de santé au Tchad*, Paris, l'Harmattan, 2015.
- **PEDINIELLI, Jean-Louis**, *Introduction à la psychologie clinique*, Paris, Ed Nathan Université Paris, 1994.
- **ROCHE-BLAVE, Anne-Marie**, *La notion de rôle en psychologie sociale*, Paris, PUF, 1968.
- **SCHWEYER, François-Xavier**, « *Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public* », in *les usagers du système de santé, sous la direction de CRESSON, Geneviève et SCHWEYER, François-Xavier*, Editions ENSP, 2000.
- **SECA, Jean-Marie**, *Les représentations sociales*, Paris, Armand Colin, 2001.
- **SORSANA, Christine**, *Psychologie des interactions sociocognitives*, Paris, Armand Colin, 1999.

ARTICLES

- **AMAT-ROZE, Jeanne-Marie**, *La santé, une construction interdisciplinaire. L'exemple du dialogue géographie – Santé – Territoire*, Dans *Recherche en Soins infirmiers*, N°106, 2011, pp 5-15.
- **BRECHAT, Pierre-Henri**, « *Evaluation de la qualité des soins et agrément : prise en compte de l'utilisateur dans la province du Québec au Canada* », in *Les usagers du système de santé*, pp.31-36.
- **CLAVERANNE et al.**, « *Organisation, décision et financement du système de soins* » Actualité-Dossier-Santé Publique, 2000, pp.23-35.
- **DARREON, Jean-Louis**, « *Urgence(s) en débat* », *Sciences de la société*, n°44, Mai 1998, pp.4-17.
- **DECETY, Jean**, *Neurosciences : les mécanismes de l'empathie* In « *Sciences Humaines* », n° 150, 2004, pp.31-41.
- **FERRARI, Rachel**, *La violence aux urgences : une triste réalité ?*, Observatoire National des Violences en milieu de Santé, 2013, pp.12-24.
- **FORMARIE, Monique**, *La relation de soin, concepts et finalités*. Dans *Recherche en soins infirmiers* (N° 89), Éditions Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2007, pp.33-42.

- **GALICHON, Bertrand**, *Les Urgences d'aujourd'hui*, Dans Laennec (Tome 62), 2014, pp. 25-35.
- **GARYFALLIA, Forsyth**, *Analyse du concept d'empathie ; illustration d'une approche* In « Recherche en soins infirmiers » n° 58, 1999, pp.46-59.
- **GASPARINI, Giovanni** « Temps, organisation et urgence », Sciences de la société, n°44, Mai 1998, pp.23-37.
- **GERARD, Vincent**, *Urgences états des lieux, quelle évolution ?* info en santé. Lettre n°13, 2007, pp.33-45.
- **JORLAND, Gérard**, *Empathie et thérapeutique* In « Recherche en soins infirmiers », n° 84, 2006, pp.65-75.
- **MBALLA, Edmond VII**, *Les profanes « professionnels de santé » : les gardes malades au cœur de l'administration des soins de santé au Cameroun* », dans *Famille et santé en Afrique. Regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Benin*, Paris, l'Harmattan, 2018, pp.35-45.
- **MEDARD, Jean-François**, « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun », *Le bulletin de l'APAD*, n°21, *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, [En ligne], mis en ligne : Juin 2001, pp.21-35.
- **MORSE, Janice et al.**, *Analyse de l'empathie : est-ce un concept adapté à la pratique des soins infirmiers*. In « Recherche en soins infirmiers », n° 58, 1999, pp.54-67.
- **PABINGUI, Albertine**, s.d. *Apport de l'anthropologie pour améliorer l'interface entre patients et équipe soignante*, Rencontre Corevih Bretagne, pp.1-17.
- **PENCHANSKY, Roy et WILLIAM, Thomas**, *The concept of access : definition and relationship to consumer satisfaction*, *Med Care*, 1981, pp. 27-40.
- **ROGERS, Carl**, *La relation thérapeutique, les bases de son efficacité* In « Bulletin de psychologie » n° 17, 1963, pp.12-20.
- **SALEM, Gérard ;** « Transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires dans les villes du Tiers-Monde : Introduction aux actes de séminaire de pékiné », in *SALEM, Gérard et al., Urbanisation et santé dans le Tiers-Monde. Transition épidémiologique, changement social et santé primaires*, Paris, Editions de l'Orstom, collection « colloques et séminaires », 1989, 27-40.
- **SLAMA, Lequet et DURIEZ**, *Les reformes des systèmes de santé – spécificités et convergences*, actualité et dossier en santé publique n°18, 1997, pp.25-37.

- **STEG, Adolphe**, *L'urgence à l'hôpital*, Revue Hospitalière de France, 1989, pp. 621-629.
- **VEGA, Marie-Josée**, « *Le temps de l'urgence et l'urgence du temps* », Soins, n°664, Avril 2002, p.24.37.

MEMOIRES ET THESES

- **BELAIDI, Aissam**, *Organisation et pilotage de prise en charge des patients dans le cadre du réseau des urgences*, Thèse de doctorat en Génie Industriel, Université Jean Monnet, juillet 2009.
- **DJOUA, Yves Bertrand**, *Le foisonnement des soignants et des trajectoires thérapeutiques en milieu urbain camerounais : analyse des logiques, des pratiques et des conditions d'émergence (l'exemple de la ville de Bafoussam)*, Mémoire de DEA en Sociologie, Université de Yaoundé I, 2005-2006.
- **FOZEU, Régine**, *Les déterminants de l'utilisation réduite des hôpitaux publics à Yaoundé*, Mémoire de Master en Sociologie, Université de Yaoundé I, Mars 2011.
- **KABWENDE, Blaise**, *Structure de l'offre et demande des soins de santé dans la zone de santé rurale de Minova/RDC*, Mémoire de Licence en Sciences Economiques, Université de Goma, 2007.
- **NGA NDONGO, Valentin**, *L'opinion camerounaise*, Thèse de doctorat d'Etat en Sociologie, Université de Paris X Nanterre, 1999.
- **NSANGOU, Moustapha**, *La demande de soins de santé chez les femmes infectées par le VIH au Cameroun. Contribution à une analyse des itinéraires thérapeutiques des séropositives dans les villes de Yaoundé et Ngaoundéré*, Thèse de doctorat en Sociologie, Université de Yaoundé I, Mars 2014.
- **NSANGOU, Moustapha**, *Les comportements sexuels et reproductifs des femmes vivant sous antirétroviraux au Cameroun*, Mémoire de Master en Sociologie, Université de Yaoundé I, Avril 2010.
- **SAINT-HILAIRE, Noémie**, *Le processus de prise en charge et la dynamique de flux aux urgences. Etats des lieux et propositions pour le service d'UPATOU du CH de Lannion - Trestel*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes, 2005.

RAPPORTS

- Carte Sanitaire du Tchad 2019-2023.
- Code du Travail du Tchad, Loi n°038 du 11 décembre 1996.
- Groupe de la Banque Africaine de Développement, *L'observatoire de l'Afrique de l'Ouest*, Janvier 2015.
- Groupe de la Banque Mondiale, décembre 2022, *Promouvoir une prospérité partagée au Tchad, voies et préalables dans un pays enclavé en proie à la fragilité et aux conflits*.
- OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé*, N°2, 1946.
- OMS, *Soins d'urgence et traumatologie. Systèmes de soins d'urgence en vue de la réalisation de la couverture universelle : assurer des soins rapides pour les personnes gravement malades ou blessées*, Avril 2019.
- Organisation Mondiale de la santé (OMS), *Etat de la santé dans la région africaine de l'OMS : analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable*, Bureau régional de l'Afrique de l'OMS, Brazzaville, 2018.
- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 3 : 2018-2021), Tchad.
- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 4) du Tchad 2022-2030.
- Plan Provincial de Développement sanitaire du Guéra 2022-2030.
- Rapport d'Activités de l'Hôpital Provincial de Mongo.

DICTIONNAIRES

- AKOUN, André et ANSART, Pierre, *Dictionnaire de Sociologie*, Paris, Seuil, 1999.

WEBOGRAPHIES

- <https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/45059-qualite-des-soins-definition> consulté le 20/04/2023 à 10h44.
- https://www.alwihdainfo.com/Tchad-31-milliards-pour-ameliorer-la-sante-de-la-mere-et-de-l-enfant_a119811.html consulté le 22/01/2024 à 10h03.
- <https://www.fiches-ide.fr/cours/ue-1-sciences-humaines-sociales-droit/ue-1-2-sante-publique-economie-de-sante/offre-de-soins/> consulté le 20/04/2023 à 11h11.
- <https://www.lafriquedesidees.org/comprendre-lorganisation-des-systemes-de-sante-en-afrique/> consulté le 03/02/2024 à 11h10.

- https://www.liberation.fr/debats/2020/03/25/les-systemes-de-sante-en-afrique-de-l-ouest_1815930/ consulté le 20/04/2023 à 7h50.
- <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/Fiche.aspx?doc=services-urgence#:text=Le%20r%C3%B4le%20du%20service%20des%20bless%C3%A9s%20les%20plus%20graves>. Consulté le 30/05/2024 à 12h50.
- <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution> consulté le 16/04/2023 à 11h05.
- <https://www.who.int/fr/health-topics/universal-health-coverage> consulté le 20/04/2023 à 11h17.
- urgencemonastir.com/fr/page/mission du service consulté le 16/04/2023 à 10h55.

ANNEXES

ANNEXE N°01 : ATTESTATION DE RECHERCHE

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

BP : 755 Yaoundé
Siège : Bâtiment Annexe FALSH-UY1, à côté AUF
E-mail : depart.socio20@gmail.com

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **LEKA ESSOMBA Armand**, chef de Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que Monsieur **Moustapha SERYABE**, Matricule **18T194**, est inscrit en Master II, option Population et Développement. Il effectue, sous la direction du Professeur **DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand**, un travail de recherche sur le thème : « Analyse de l'accueil des patients et de l'organisation du système des soins au service des urgences de l'hôpital provincial de Mongo (Tchad) ».

Dans le cadre de cette recherche, il aura besoin de toute information non confidentielle, susceptible de l'aider à bien conduire sa recherche.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé le 29 MAI 2023



Le Chef de Département

Armand LEKA ESSOMBA
Professeur

ANNEXE N°02 : NOTE DE SERVICE

REPUBLIQUE DU TCHAD
PRESIDENCE DE TRANSITION
PRIMATURE
MINISTERE DE SANTE PUBLIQUE
ET DE LA PREVENTION
SECRETARIAT D'ETAT
SECRETARIAT GENERAL
DELEGATION PROVINCIALE DE LA SANTE
ET DE LA PREVENTION DU GUERA
DIRECTION DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO



UNITE – TRAVAIL – PROGRES

Mongo, le 26 Juin 2023

N° 313 /PT/PM/SE/SS/DPSPG/DHPM/2023

Note de Service

(Portant autorisation de recherche de Monsieur MOUSTAPHA SERYABE étudiant en Master II de Sociologie, option Population et Développement à l'Université de Yaoundé)

Je soussigné, le Directeur Adjoint de l'Hôpital Provincial de Mongo, autorise Monsieur **MOUSTAPHA SERYABE**, à faire une recherche académique pour une durée d'un (01) mois à compter du (29 Juin au 29 Juillet 2023) sur le thème : «Analyse de l'accueil des patients et de l'organisation du système de soins des urgences» : cas de service des Urgences de l'Hôpital Provincial de Mongo.

Durant cette période de recherche, l'intéressé est soumis aux règles de fonctionnement de l'Etablissement.

- En foi de quoi, la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Ampliations :

- Gestionnaire
- Surveillant Général
- CS/SU
- Intéressé
- Archive

Le Directeur Adjoint de l'Hôpital Provincial



ADOUM NOUHALWALI
Administrateur Sanitaire et Hospitalier

ANNEXE N°03 : AUTORISATION DE RECHERCHE

RÉPUBLIQUE DU TCHAD
.....
PRÉSIDENCE DE LA TRANSITION
.....
PRIMATURE DE LA TRANSITION
.....
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA PRÉVENTION
.....
SECRETARIAT D'ÉTAT
.....
SECRETARIAT GÉNÉRAL
.....
DÉLEGATION PROVINCIALE DE LA SANTÉ ET DE LA
PRÉVENTION DU GUÉRA
.....
SERVICE ADMINISTRATIF

Unité-Travail-Progress



N° 383 /RT/CMT/PC/PM/MSPP/SE/SG/DPSPG/SA/23

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Dr. HOULBERE JOEL**, Délégué Provincial de la Santé et de la Prévention du Guéra, autorise, par la Présente, **Monsieur MOUSTAPHA SERYABE**, étudiant en Sociologie Master II, option : Population et Développement à l'Université de Yaoundé I, d'effectuer une recherche sur le thème : « **Analyse de l'accueil des patients et l'organisation du système des soins au service des urgences de l'Hôpital Provincial de Mongo (Tchad)** ».

En foi de quoi la présente autorisation lui est établie pour servir et valoir ce que de droit.

Mongo, le 17 juillet 2023

Le Délégué Provincial de la Santé
et de la Prévention du Guéra.



Dr. HOULBERE JOEL

ANNEXE N°04 : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX RESPONSABLES DE DIFFERENTS SERVICES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO

Bonjour Monsieur/Madame ! Je suis Moustapha SERYABE, étudiant en Master 2 à l'Université de Yaoundé I, au Département de Sociologie. Nous sommes dans le cadre d'une recherche académique portant sur : « *Le service des urgences dans le système hospitalier tchadien : l'exemple de l'hôpital provincial de Mongo* ».

Les informations recueillies seront strictement confidentielles et ne peuvent être utilisées pour des fins d'études conformément à la loi N° 91/023 du 16 décembre 1991 sur les Recensements et Enquêtes Statistiques.

OBJECTIFS :

- Cette rencontre avec les Responsables des différents services de l'hôpital provincial de Mongo s'inscrit dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité spécifique aux parcours de santé ;
- Il s'agit d'analyser en commun les étapes du parcours de santé, son organisation, sa continuité ;
- Cette démarche permet de prendre du recul à un moment donné en s'interrogeant sur ses propres pratiques et les pratiques collectives ;
- Analyser une période précise, par exemple, les six derniers mois, ou alors sur un thème particulier, comme l'accueil des patients, l'organisation du système de soins ou bien sur un segment de prise en charge.

Profil de l'enquêté : nom et prénom, sexe, âge, profession, religion, niveau d'étude, statut matrimonial, lieu d'entretien.

SECTION 1 : ORGANISATION DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO

- Comment est organisé l'hôpital provincial de Mongo ?
- Quels sont les différents services que présente l'hôpital provincial de Mongo ?
- Quels sont les rapports entre le service des urgences et les autres services ?
- Quelle est la zone de couverture de l'hôpital provincial de Mongo ?
- L'hôpital provincial de Mongo est de quel type en termes de classification ?
- Le service des urgences à quel type de plateaux techniques ?

- L'hôpital provincial de Mongo est-il une référence en matière de soin pour les autres provinces ? Comment ?
- Comment le service des urgences fonctionne à l'hôpital provincial de Mongo ?
- Y-a-t-il un nombre important des médecins spécialistes dans le service des urgences ?
- Avez-vous des infirmiers qui ont suivi des formations en urgence ?
- Comment est organisé le service des urgences ?
- Avez-vous un service d'accueil au service des urgences ?
- Avez-vous pensé de créer un service d'accueil aux urgences ?
- Les patients sont-ils orientés au service des urgences ?
- Quels sont les problèmes que rencontre le service des urgences ?
- Quelle est la politique du gouvernement tchadien et des partenaires nationaux et internationaux dans le service des urgences ? Le cas de l'hôpital provincial de Mongo.
- Y-a-t-il une loi autorisant la gratuité des soins dans le service des urgences ? Si oui, laquelle ?
- Quelles sont les statistiques mensuelles, annuelles des cas d'urgences à l'hôpital provincial de Mongo ?
- En tant que Responsable, comment peut-on améliorer le service des urgences à l'hôpital provincial de Mongo ?

SECTION 2 : SITUATION GENERALE DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO

- Pouvez-vous commenter l'état général de cette structure ? Considérez-vous qu'elle est suffisamment entretenue ?
- Y-a-t-il du matériel cassé ou ne fonctionnant pas correctement ? Des personnes se sont-elles plaintes d'équipements qui nécessitaient des réparations et si oui, ces réparations ont-elles été réalisées rapidement ?
- La structure est-elle accessible aux personnes handicapées ?
- L'entrée du bâtiment est-elle accessible ou comporte-t-elle des marches d'escalier ?
- Les toilettes et salles de bains sont-elles accessibles : les portes sont-elles suffisamment larges pour laisser passer un fauteuil roulant, et des rampes sont-elles installées dans les baignoires et au-dessus des toilettes ?
- Pouvez-vous nous décrire la qualité des équipements de chauffage, éclairage et ventilation au sein de la structure ? Fonctionnent-ils correctement et permettent-ils des conditions de vie confortables ?
- La température est-elle adaptée tout au long de l'année dans la structure ?

- Y dispose-t-on de radiateurs et de ventilateurs (ou bien d'un système d'air conditionné)?
- Les radiateurs sont-ils équipés de grilles de protection afin d'éviter les brûlures ?
- Le bâtiment est-il bien éclairé ?
- Des parties du bâtiment sont-elles insuffisamment éclairées ?
- Le système de ventilation est-il adapté : permet-il de laisser entrer de l'air frais à l'intérieur du bâtiment (par exemple, les fenêtres peuvent-elles être ouvertes, ou bien existe-t-il un système mécanique de ventilation) ?

SECTION 3 : ASSISTANCE ALIMENTAIRE AUX PATIENTS DU SERVICE DES URGENCES

- Les patients reçoivent-ils la nourriture dans la prise en soins ?
- La nourriture est-elle préparée et servie dans un environnement propre à des horaires corrects, et les lieux de restauration sont-ils suffisamment confortables ?
- La nourriture et l'eau potable sont-elles disponibles en quantités suffisantes, sont-elles de bonne qualité ?
- La structure s'adapte t'elle lorsque les personnes ont des besoins alimentaires spécifiques ?
- La nourriture est-elle préparée et servie dans un environnement propre ?
- Les lieux de restauration sont-ils adaptés aux habitudes culturelles et respectent-ils les habitudes de la communauté?

SECTION 4 : VISITES AU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO

- Comment se passe une visite aux urgences ?
- Pouvez-vous donner des informations concernant les visites aux patients du service des urgences de leurs conjoints, amis et membres de leur famille ?
- Existe-t-il des restrictions sur les possibilités des visites ?
- Les patients peuvent-elles recevoir des visites de qui elles le souhaitent ?
- A quelle fréquence les conjoints, membres des familles et amis peuvent-ils venir ? Les visites sont-elles limitées à une zone particulière de la structure ?
- Les créneaux horaires de visites sont-ils flexibles et suffisamment étendus pour permettre aux patients de passer du temps de qualité avec leurs conjoints, membres de leurs familles et amis ?

- Les patients bénéficient-ils de conditions permettant d'avoir une conversation privée avec leurs visiteurs?
- Avez-vous été témoin de situations dans lesquelles une personne n'a pas pu avoir accès aux traitements parce qu'il n'en avait pas les moyens financiers ?
- Avez-vous été témoin de situations dans lesquelles une personne qui avait besoin de traitement s'est vue opposer un refus du fait de son sexe, sa nationalité, sa religion, ses sensibilités religieuses, culturelle ou politique, ou autre ? Est-il assez fréquent que les structures refusent l'accès aux soins pour motifs de ce type?
- Lorsque la structure n'est pas en capacité de donner accès à des traitements, que fait l'équipe afin de trouver et de donner accès aux soins nécessaires aux personnes ?

ANNEXE N°05 : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX PERSONNELS SOIGNANTS

Bonjour Monsieur/Madame ! Je suis Moustapha SERUYABE, étudiant en Master 2 à l'Université de Yaoundé I, au Département de Sociologie. Nous sommes dans le cadre d'une recherche académique portant sur : « *Le service des urgences dans le système hospitalier tchadien : l'exemple de l'hôpital provincial de Mongo* ».

Les informations recueillies seront strictement confidentielles et ne peuvent être utilisées pour des fins d'études conformément à la loi N° 91/023 du 16 décembre 1991 sur les Recensements et Enquêtes Statistiques.

OBJECTIFS :

- Cette rencontre avec les personnels soignants s'inscrit dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité spécifique aux parcours de santé ;
- Il s'agit d'analyser en commun les étapes du parcours de santé, son organisation, sa continuité ;
- Il s'agit d'analyser en commun les étapes du parcours de santé, son organisation, sa continuité ;
- Cette démarche permet de prendre du recul à un moment donné en s'interrogeant sur ses propres pratiques et les pratiques collectives ;
- Analyser une période précise, par exemple, les six derniers mois, ou alors sur un thème particulier, comme l'accueil des patients, l'organisation du système de soins ou bien sur un segment de prise en charge.

Profil de l'enquêté : nom et prénom, sexe, âge, profession, religion, niveau d'étude, statut matrimonial, lieu d'entretien.

SECTION 1 : ACCUEIL, PRISE EN CHARGE ET DIAGNOSTIC DANS LE SERVICE DES URGENCES.

- Comment sont pris en charge les patients dans le service des urgences ?
- Les cas d'urgences sont-ils pris en charge gratuitement dans le service des urgences ?
- Comment est organisé le service des urgences ?
- Le service des urgences à quel type de plateaux techniques ?
- Quelles sont les activités en terme de soins pratiquez-vous le plus souvent ?
- Quelle est la durée d'accueil des patients avant la prise en charge ?

- Quelle est la durée de soin d'un patient dans le service des urgences ?

SECTION 2 : ROLE ET CONTRIBUTION DES SOIGNANTS DANS LE SERVICE DES URGENCES.

- Comment mesurez-vous la qualité des soins que vous fournissez ?
- Quels sont les apports des soignants dans les services d'urgences ?
- Y-a-t-il une différence de prise en charge entre les femmes, les hommes et les enfants dans les services d'urgences ?
- A partir de quel moment pensez-vous que les patients dans le service des urgences sont abusés ?
- Avez-vous un service d'accueil aux urgences ?
- Avez-vous exercé la fonction d'accueil aux urgences ?
- La formation dans le domaine d'accueil des patients aux urgences vous paraît-elle utile ?
- Souhaitez-vous exercer la fonction d'accueil aux urgences ?
- Etes-vous d'accord en tant que membre de votre équipe des personnels soignants d'exercer la fonction d'accueil aux urgences ?
- Comment représentez-vous la fonction d'accueil aux urgences ?
- Les personnels soignants reçoivent-ils des intimidations de la part des parents des personnes en situation d'urgences ?

SECTION 3 : CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS SOIGNANTS.

- Pensez-vous que les conditions de travail sont favorables au service des urgences ?
- Etes-vous satisfait de vos conditions de travail ?
- Quels sont les défis auxquels vous êtes confronté en tant que personnel soignant ?
- Avez-vous été victime de violence dans votre service ? Si oui, quel type de violence ?
- Selon-vous quel est l'infirmier le plus exposé à la violence ?
- Sentez-vous à l'aise dans l'exercice de votre travail ?
- Quelles sont les différentes tâches que vous effectuez dans votre service ?
- Y-a-t-il une salle d'accueil convenable pour les patients dans votre service ?
- Comment gérez-vous les cas les cas difficiles ou complexes ?

SECTION 4 : VERIFICATION DU BESOIN D'UNE PRISE EN CHARGE SOCIALE

- Avez-vous pensé au besoin d'une prise en charge sociale d'un patient pour organiser le parcours de la personne dans ses aspects sociaux, économiques et familiaux ?

- Si le patient en a besoin, savez-vous qui contacter pour organiser cette aide sociale ? - Si un diagnostic a été porté par un travailleur social, des réponses sont-elles pu être apportées au patient ?
- Quels types d'actions ont été mis en œuvre dans le cadre du travail social pour concourir à soutenir la santé du patient (recouvrement des droits, restauration du lien social, soutien à l'organisation des liens familiaux et sociaux, processus de réinsertion, orientation) ?
- L'accompagnement social du patient a-t-il nécessité des échanges d'informations avec d'autres professionnels du champ social ? avec les professionnels du secteur sanitaire ? Cela a-t-il abouti à une co-construction du projet individuel du patient, une orientation, la recherche de solutions ?
- Le travailleur social en charge de la situation s'est-il manifesté auprès des soignants ? afin de les informer des actions mises en œuvre pour le patient ?

ANNEXE N°06 : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX PATIENTS

Bonjour Monsieur/Madame ! Je suis Moustapha SERYABE, étudiant en Master 2 à l'Université de Yaoundé I, au Département de Sociologie. Nous sommes dans le cadre d'une recherche académique portant sur : « *Le service des urgences dans le système hospitalier tchadien : l'exemple de l'hôpital provincial de Mongo* ».

Les informations recueillies seront strictement confidentielles et ne peuvent être utilisées pour des fins d'études conformément à la loi N° 91/023 du 16 décembre 1991 sur les Recensements et Enquêtes Statistiques.

OBJECTIFS :

- Cette rencontre avec les patients s'inscrit dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité spécifique aux parcours de santé ;
- Il s'agit d'analyser en commun les étapes du parcours de santé, son organisation, sa continuité ;
- Cette démarche permet de prendre du recul à un moment donné en s'interrogeant sur ses propres pratiques et les pratiques collectives ;
- Analyser une période précise, par exemple, les six derniers mois, ou alors sur un thème particulier, comme l'accueil des patients, l'organisation du système de soins ou bien sur un segment de prise en charge.

Profil de l'enquêté : nom et prénom, sexe, âge, profession, religion, niveau d'étude, statut matrimonial, lieu d'entretien.

SECTION 1 : LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DANS LE SERVICE DES URGENCES.

- Etes-vous satisfait de la qualité de soins offert dans le service des urgences ?
- Pensez-vous que l'offre de soins de santé dans le service des urgences est adéquate ?
- Pensez-vous que le coût de soins dans le service des urgences est abordable ?
- Pensez-vous qu'il y a un confort dans le service des urgences ?
- Avez-vous des disputes avec les personnels soignants ?
- Quels sont les éléments qui expliquent les disputes entre les soignants et les soignés dans le service des urgences ?
- Recevez-vous des intimidations de la part des personnels soignants ?

- Avez-vous des relations avec les soignants ?
- Comment les patients sont-ils accueillis dans le service des urgences ?

SECTION 2 : INFORMATIONS SUR LES SOINS

- Avez-vous le plus souvent toutes les informations dont vous aviez besoin pour comprendre vos soins, traitements, examens ou ceux prodigués à votre enfant ou à un proche, etc. ?
- Les explications obtenues étaient-elles suffisamment claires ?
- Ces informations étaient-elles cohérentes d'un professionnel à l'autre ?
- Étiez-vous satisfaits de la communication entre ces différents professionnels ?
- Comment a-t-on recueilli vos souhaits ? Vos attentes ? Vos besoins ont-ils été pris en compte par la suite ?
- En cas de difficultés ou d'imprévus, saviez-vous à qui poser vos questions ou vers qui vous tourner ?

SECTION 3 : CONCERNANT L'ORIENTATION AU SEIN DU PARCOURS (SANTE, SOCIAL, MEDICO-SOCIAL, AIDE A LA PERSONNE) :

- Vous a-t-on expliqué comment chercher de l'aide auprès des soignants, des associations de patients, un travailleur social ?
- Avez-vous rencontré des difficultés pour avoir des réponses à vos demandes d'aides et de soins (plusieurs contacts avant la bonne orientation) ?
- Vous a-t-on informé des délais de réponses à vos demandes d'aides et de soins, et ce qui pouvait être mis en place dans l'attente de réponses ?
- Avez-vous été satisfait de la manière dont les informations vous concernant ont été transmises entre les professionnels ? des délais d'obtention de courriers, de synthèses ?
- Y a-t-il eu des moments où vous avez perçu un dysfonctionnement ? Pouvez-vous préciser à quelle occasion ? Comment cela a-t-il été résolu ?
- Vous a-t-on proposé une prise en charge sociale, si besoin (assistante sociale pour répondre aux difficultés générées par la maladie ou pour vous apporter des aides vous permettant de rester en bonne santé) ?
- Les solutions apportées ont-elles répondu à vos besoins ou à vos attentes ? sur le plan financier ? matériel ? soutien moral ? sur du court ou long terme ?

ANNEXE N°07 : SOURCES ORALES

N°	Noms et prénoms	Age	Qualité	Lieu d'entretien	Date
01	ADY	/	Directeur de HPM	HPM	01/08/2023
02	ANA	/	Directeur Adj.	HPM	01/08/2023
03	AMD	34 ans	Chef Service	HPM	24/07/2023
04	ZEAB	/	Ges. Adj.	HPM	15/07/2023
05	SF	/	Surveillant Urgence	HPM	22/07/2023
06	IBH	33 ans	Médecin	HPM	12/07/2023
07	MYK	23 ans	IDE	HPM	12/07/2023
08	OAB	28 ans	IDE	HPM	14/07/2023
09	ABD	30 ans	IDE	HPM	30/07/2023
10	ETM	42 ans	IDE	HPM	10/07/2023
11	OSMAH	60 ans	IDE	HPM	07/08/2023
12	MSA	36 ans	Médecin	HPM	04/08/2023
13	ADI	49 ans	Patient	HPM	26/07/2023
14	KLA	28 ans	Patient	HPM	26/07/2023
15	ZEHS	29 ans	Patient	HPM	26/07/2023
16	DJWA	27 ans	Patient	HPM	26/07/2023
17	KBAN	59 ans	Patient	HPM	29/07/2023
18	BECM	45 ans	Patient	HPM	27/07/2023
19	ABW	67 ans	Patient	HPM	28/07/2023
20	IDRA	24 ans	Patient	HPM	28/07/2023
21	MADH	47 ans	Patient	HPM	02/08/2023
22	ABDF	39 ans	Patient	HPM	08/08/2023
23	VVT	33 ans	Patient	HPM	18/07/2023
24	KHAZ	41 ans	Patient	HPM	20/07/2023
25	MAH	51 ans	Garde malade	HPM	20/07/2023
26	HARM	30 ans	Garde malade	HPM	20/07/2023
27	ZKH	21 ans	Garde malade	HPM	24/07/2023

28	MAHM	46 ans	Patient	HPM	03/08/2023
29	SEDR	45 ans	Patient	HPM	10/08/2023
30	AHM	30 ans	Patient	HPM	10/08/2023
31	OMA	50 ans	Patient	HPM	15/08/2023

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	ii
SOMMAIRE	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES GRAPHIQUES ET DES PHOTOS	viii
RESUME	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCTON GENERALE.....	1
I - CONTEXTE DU SUJET	2
II - JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET	4
III - PROBLEME DE RECHERCHE.....	5
IV - PROBLEMATIQUE.....	7
V - QUESTIONS DE RECHERCHE	11
1 - Question centrale	12
2 - Questions secondaires :	12
VI - HYPOTHESES	12
1 - Hypothèse centrale.....	12
2 - Hypothèses secondaires	12
VII - OBJECTIFS	13
1 - L'objectif général.....	13
2 - Les objectifs spécifiques	13
VIII - METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	13
1 - Cadre conceptuel	13
2 - Cadre théorique.....	17
2 - 1 - Le constructivisme structuraliste	17
2 - 2 - L'approche systémique.....	19
3 - Techniques de collecte des données	19
3 - 1 - La recherche documentaire.....	20
3 - 2 - L'entretien semi-directif.....	20
3 - 3 - L'Observation directe.....	21
3 - 4 - L'échantillonnage.....	21

Source : tableau réalisé par l'auteur à partir des données collectées sur le terrain.	22
3 - 5 - Traitement et analyse qualitative des données.....	22
IX - DELIMITATION SPATIO-TEMPORELLE	23
X - PLAN DE REDACTION.....	24
PREMIERE PARTIE : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU TCHAD	25
CHAPITRE I : GENERALITES SUR LE SYSTEME DE SANTE AU TCHAD	26
I - ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	27
1 - Différents types de système de santé.....	27
1 - 1 - Systèmes d'assurance maladie (France et Allemagne).....	27
1 - 2 - Systèmes de santé libéraux (États-Unis).....	28
1 - 3 - Systèmes nationaux de santé (Grande-Bretagne, Espagne, Italie, les Pays Nordiques)	28
1 - 4 - Systèmes de santé en Afrique	28
II - SYSTEME DE SANTE DU TCHAD	29
1 - Analyse de la situation sanitaire.....	30
1 - 1 - Gouvernance, Leadership et Coordination	30
Coordination multisectorielle.....	31
1 - 2 - Infrastructures, équipements et maintenance	34
1 - 3 - Ressources financières de la santé.....	36
1 - 4 - Ressources humaines pour la santé au Tchad	36
1 - 5 - Information sanitaire et recherches	37
1 - 6 - Prestation des services et des soins de santé	38
CHAPITRE II : PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET SON ENVIRONNEMENT ...	43
I - PRESENTATION GENERALE DE LA PROVINCE SANITAIRE	44
III - PRESENTATION DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO.....	44
III - 1 - Missions de l'Hôpital Provincial de Mongo.....	45
III - 2 - Administration de l'hôpital provincial de Mongo.....	45
3 - 2 - 1 - Les organes administratifs	45
3 - 2 - 2 - Organisation interne	46
III - 3 - RESSOURCES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO	46
3 - 3 - 1 - Ressources Humaines	46
3 - 3 - 2 - Ressources Matérielles	47
3 - 3 - 3 - Ressources Financières.....	49
IV - SERVICE DES URGENCES : ROLE ET FONCTIONNEMENT	49

1 - Rôle du service du service des urgences	49
2 - Le fonctionnement du service des urgences	50
V - STRUCTURES ORGANISATIONNELLES DU SERVICE DES URGENCES	51
1 - La médecine d'urgence pré hospitalière	52
2 - La médecine d'urgence hospitalière.....	52
3 - Accessibilité aux soins d'urgence	53
VI - URGENCE ET ORGANISATION	54
1 - Prise en charge de l'utilisateur à l'hôpital : la dialectique usager / service public et la recherche de la satisfaction du patient.....	56
2 - L'utilisateur, objet de la prise en charge à l'hôpital	56
3 - L'utilisateur, acteur de sa prise en charge.....	58
VII - LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS AUX URGENCES : SUBJECTIVITE DE L'URGENCE ET SPECIFICITES DES USAGERS.....	59
1- Prise en charge urgente et prise en charge aux urgences.....	59
2 - L'attente aux urgences.....	60
DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DE L'ORGANISATION DU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO.....	62
CHAPITRE III : REPRESENTATIONS SOCIALES DES PATIENTS SUR L'ORGANISATION DU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO	63
I - REPRESENTATIONS DES PATIENTS SUR L'ORGANISATION DU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO	64
1 - Normes d'architecture dans les services des urgences.....	65
2 - Représentations des patients sur le service des urgences.....	69
II - INTERACTIONS ENTRE LES PERSONNELS SOIGNANTS ET LES PATIENTS AU SERVICE DES URGENCES.....	71
1 - Différentes relations de soins.....	72
1-1- Relation de civilité.....	72
1 - 2 - Relation de soins	73
1 - 3 - Relation d'empathie.....	73
1 - 4 - Relation d'aide psychologique	76
1 - 5 - Relation thérapeutique	77
1 - 6 - Relation éducative	77
1 - 7 - La relation de soutien social.....	78

CHAPITRE IV : ANALYSE DES DYSFONCTIONNEMENTS DU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO.....	80
I - VISION, VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE.....	81
1 - Vision	81
2 - Valeurs.....	81
3- Principes directeurs	81
II - DEFIS LIES A L'ORGANISATION DU SYSTEME AU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL PROVINCIAL DE MONGO	82
1 - Défis liés aux ressources humaines.....	83
2 - Défis liés aux plateaux techniques	84
3 - Défis liés aux médicaments d'urgence	86
4 - Défis liés à l'accueil des patients	86
5 - Perceptions liées à la gratuité des soins.....	88
Source : Ministère de la Santé Publique du Tchad.....	89
6 - Perceptions liées au coût élevé des soins	89
III - CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS SOIGNANTS AU SERVICE DES URGENCES	91
1 - Contribution des personnels dans le service des urgences	94
2 - Violence sur les personnels soignants au service des urgences	95
2 - 1 - Les facteurs favorisant la violence dans le service des urgences	97
2 - 2 - Les mesures de prévention des violences	99
CONCLUSION GENERALE.....	101
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	106
ANNEXES	114
TABLE DES MATIERES	115